Rok XLVIII. Kraków, dnia 9. października 1909. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie. (Kierownik Prof. O. Bujwid).

O próbie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem.

Podali

Dr F. Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch.

(Według odczytu na I. Zjeździe Polskich Internistów dnia 21 lipca 1909).

Liczne modyfikacye próby Wassermanna podawane w ostatnich dwóch latach dowodzą, że próby tej w klasycznej jej formie nie można na razie uważać za ostatecznie wykończoną. Materyał kilkunastu tysięcy przypadków, złożony w licznych pracach lat ostatnich, przedstawiałby o wiele większą wartość, niż ją ma obecnie, gdyby był oparty na zupełnie jednolitej technice i przez to zupełnie między sobą współmierny. Ale z licznych czynników, biorących udział w odczynie Wassermanna, ani jeden nie przedstawia ilości stałej, ściśle określonej. Ani krwinki czerwone, ani dopełniacz, ani swoisty dwuchwytnik (amboceptor), ani surowica ludzka nie są i nie mogą być z natury swojej jednakie i ściśle określone i w ocenie wyników każdej próby powinnoby się liczyć z ich indywidualnością. Jeden jest tylko czynnik, który możnaby ustalić i przez to choćby stworzyć pewną podstawę dla porównywania wyników różnych prac. Jest nim wywoływacz (antygen). Nie można tego coprawda powiedzieć o nim w powszechnie dziś używanej postaci wyciągów z wątrób kiłowych. Według doświadczeń niektórych autorów wyciągi wodne, gorąco polecane przez samego Wassermanna i Citrona, po dłuższem przechowaniu łatwo tracą swoistość oddziaływania. Wyciągi wyskokowe zdają się być trwalsze, ale i one niewątpliwie mogą się zmieniać, tak, że wyniki uzyskane zapomocą tego samego wyciągu w różnych okresach czasu nie zawsze dadzą się między sobą porównać. Ważniejsze jeszcze są spostrzeżenia, dowodzące, że różne wyciągi wyskokowe z temi samemi surowicami mogą dawać niezgodne między sobą wyniki (Seligmann i Klopstock, Halberstädter, Müller i Reiche, Bruck i Cohn, Seligmann). I nasze doświadczenia dostarczyły nam kilku dość wyrazistych przykładów takiego różnego zachowania kilku wyciągów wyskokowych. Oto dwa z nich:

Doświadczenie I.

	Wywoł. L.	Wywoł. N.	Wywoł. C.
Sur. *1192* kr.	+ +	+ +	+ +
Sur. *1195* kr.	+ +	+ +	+ +
Sur. *1195* p.	+	+	±
Sur. *1205* kr.	— +	— +	— —
Sur. *1169* kr.	—	+	—

Objaśnienie: Na pierwszem miejscu próby z 0·1 cm, na drugiem z 0·05 cm surowicy (ogólna objętość prób = 2·5 cm), + oznacza rozpuszczenie zupełne (wynik próby ujemny) — zahamowanie zupełne (wynik próby dodatni), ± częściowe.

Widzimy więc, że dwie surowice dają wyniki zupełnie zgodne, dwie wyniki ilościowo różne, jedna zaś (1169) zasadniczo różne — dwa razy dodatnie, raz ujemny.

Również wyniki zebrane w »Doświadczeniu II«, do którego wzięto 6 wywoływaczów naturalnych i 3 sztuczne (o których będzie mowa w dalszym ciągu) okazują bardzo wybitnie niejednakowe oddziaływanie tych samych surowic wobec różnych wywoływaczów. (Zob. dośw II.).

Wyniki zapisano po 2 godzinach pobytu w cieplarce. Kontrole wywoływaczów i surowic (w podwójnej ilości), jakoteż układu krwiobójczego wypadły pomyślnie.

Widzimy z tego zestawienia, że z pośród 8 badanych surowic tylko 2 zdrowe dały wynik całkowicie ujemny ze wszystkimi wywoływaczami. Sześć innych surowic dało z różnymi wywoływaczami wyniki różne nietylko ilościowo, ale nawet jakościowo. I tak wywoływacz C i nasz SR dały z 5 surowicami wyniki dodatnie (zahamowanie); SR oryginalny i SR bez kwasu oleinowego z 4 surowicami; wywoływacze Ł i N z 3 surowicami; S i E z 2, a wywoływacz V tylko z 1 surowicą dał wynik dodatni. Tak więc widzimy w tem zestawieniu całą skalę czułości różnych wywoływaczów.

Poza tem wątroby kiłowe przedstawiają materyał nie zawsze łatwo dostępny, z natury rzeczy w mniejszych miastach, a powodu wielkiej liczby pracowników w miastach wielkich. Tej trudności nie przedstawiają wyciągi z narządów prawidłowych, ale i one nie są wolne od różnic indywidualnych.

Stąd wynika, że wyciągi naturalne nie czynią zadość wyżej omówionemu wymaganiu jednolitości i przez to uzasadniają usiłowania zastąpienia ich wywoływaczami sztucznymi. Pierwsze takie próby z lecytyną, cholestearyną, waseliną i mydłami dawały wprawdzie wyniki dodatnie (zahamowanie), ale niedostatecznie swoiste. Na kombinacyi różnych tych ciał polegają dwa sztuczne wywoływacze, pole-

Doświadczenie II.

Surowica	Wywoływacz SR bez kwasu oleinow.	SR nasz	SR oryg.	E	N	S	V	C	Ł
1266	+ + −	‡ + −	+ ‡ +	+ +	+ −	+ +	+ +	⩱ −	+ ⩱
186	± + −	± ⩱ −	‡ ± ⩱	‡ −	− −	+ −	− −	− −	− −
rabin	+ + +	+ + +	+ + +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +
1263	+ + ±	+ + ∓	+ + ±	+ +	+ +	+ +	+ +	+ ⩱	+ +
1262	+ + ‡	+ + ±	+ + +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ ±	+ +
1261	‡ ⩱ −	+ − −	+ + ⩱	+ +	+ −	+ +	+ +	± −	+ +
1283	+ + +	+ + +	+ + +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +
1276	− − −	− − −	− − −	+ −	+ +	‡ −	+ +	⩱ −	+ −

Objaśnienie znaków

+ = zupełne rozpuszczenie krwinek.
− = zupełne zahamowanie hemolizy.
± = częściowe zahamowanie.
‡ = prawie zupełne rozpuszczenie.
∓ = mocne zahamowanie.
⩱ = prawie zupełne zahamowanie hemolizy.

cone przed pół rokiem przez Sachsa i Rondoniego (z zakładu Ehrlicha w Frankfurcie n. M.). Dzięki uprzejmości Prof. Sachsa, który nam przysłał pewną ilość sporządzonego przez siebie wywoływacza sztucznego A, przeprowadziliśmy szereg doświadczeń porównawczych między tym wywoływaczem, a wywoływaczem wyskokowym z wątroby kiłowej i z tego porównania chcemy niniejszem zdać sprawę.

Co się tyczy techniki próby Wassermanna, to stosowaliśmy metodę klasyczną, używaną w klinice wrocławskiej Neissera, a opisaną przez Taegego. Różnice polegały na tem, że 1) objętość próby dla zaoszczędzenia materyału wynosiła 2·5 cm^3 zaś w późniejszych próbach 1·5 względnie 1 cm^3 z zachowaniem odpowiednich stosunków ilościowych, 2) że przed każdą seryą doświadczeń miareczkowaliśmy dwuchwytnik, 3) że odczytywaliśmy wyniki po 45′ względnie 2 godzinach pobytu w cieplarce i po 15—20 godzinach w ciepłocie pokojowej. Miareczkowanie dwuchwytnika odbywało się w następujący sposób. Do 12 rurek dodawaliśmy następujące ilości dwuchwytnika (zasuszonej swoistej surowicy króliczej) w rozc. $^1/_{600}$: 0·5, 0·4, 0·3, 0·2, 0·15, 0·1, 0·075, 0·05, 0·04, 0·03, 0·02, 0 cm^3, do każdej rurki dodawaliśmy nadto 0·5 cm^3 dopełniacza ($^1/_{10}$) i 0·5 cm^3 z 5% zawiesiny krwinek czerwonych barana i wszędzie dopełnialiśmy objętość prób do 2·5 cm^3 roztworem fizyologicznym. Ostatnia rurka, która po 15 minutowym pobycie w cieplarce okazuje zupełne rozpuszczenie krwinek, oznacza najmniejszą krwiobójczą dawkę dwuchwytnika. Do doświadczeń właściwych używaliśmy zawsze trzykrotnej takiej ilości. Zwykle obok próby Wassermannowskiej wykonywana była próba w modyfikacyi Bauera, służąc także za kontrolę wyników z wywoływaczami sztucznymi. Próby z wywoływaczem Sachsa-Rondoniego, wykonywaliśmy ściśle według przepisów, podanych przez tych autorów [1]).

Materyał do naszej pracy zawdzięczamy przedewszystkiem uprzejmości WP. Prymaryusza Dra E. Borzęckiego nadto zaś WPanów Prof. Pareńskiego, Prym. Dra A. Krokiewicza, Prof. W. Jaworskiego, kol. Dra St. Łapińskiego i Prof. Bujwida, którym zato serdeczne na tem miejscu składamy podziękowanie.

Materyał ten, pochodzący przeważnie z oddziału skórnowenerycznego, nadto zaś z oddziałów chorób wewnętrznych i z praktyki prywatnej co do swego charakteru i składu odpowiada mniej więcej materyałowi, jaki dotąd przeważnie stanowił podkład prac nad próbą Wassermanna. Na 164 badanych surowic mieliśmy w nim 85 wyników dodatnich, a 79 wyników ujemnych. Z oryginalnym wywoływaczem Sachsa i Rondoniego zbadaliśmy porównawczo z wywoływaczem naturalnym 133 prób. Zgodnie z przyjętą powszechnie regułą zahamowania częściowe przy próbie Wassermanna uważaliśmy za wynik ujemny, podobnie też zahamowania częściowe w pierwszej rurce przy metodzie Sachsa i Rondoniego (zgodnie z Facchinim). Na tych 133 prób 117 dało wyniki zupełnie zgodne, a 16 wyniki mniej lub więcej niezgodne. Ta wysoka na pozór liczba inaczej wygląda, jeżeli przyjrzeć się szczegółowo przypadkom niezgodnym.

Wyniki zasadniczo sprzeczne (t. zw. zupełne zahamowanie z jednym wywoływaczem, a zupełny brak jego z drugim) dało 8 prób, reszta, t. j. 8, wyniki tylko ilościowo niezgodne. Na szczególniejszą uwagę zasługuje ta okoliczność że na owych 16 wyników niezgodnych 10 razy wywoływacz S. R. or. [2]) okazał się czulszym od naturalnego, t. j. dał u osobników kiłowych wynik dodatni tam, gdzie wywoływacz naturalny dał równocześnie wynik ujemny lub wątpliwy; 6 razy tylko okazał się mniej czułym. Według Sachsa i Rondoniego ich wywoływacz sztuczny okazał się nieco mniej czułym (tylko ilościowo) od używanego przez nich naturalnego. Facchini, który zbadał 135 surowic zapomocą obu wywoływaczy, uzyskał zapomocą SR 66·66% wyników dodatnich, zapomocą wywoływacza naturalnego aż 84% wyników dodatnich, sam jednak zaznacza, że jego wywoływacz był niezwykle czuły. Według naszych doświadczeń, wywoływacz sztuczny zdaje się być nieco czulszym od naturalnego, nie chcielibyśmy jednak tej oceny korzystnej zbyt podkreślać, ze względu na to, że to, co stanowi miarę porównawczą w tych próbach, wywoływacz naturalny, nie przedstawia ilości zupełnie stałej, jak to wyżej już omówiliśmy. Zależnie od stopnia czułości wywoływacza naturalnego, użytego do pewnej seryi prób, ocena wywoływacza sztucznego może wypaść nieco mniej lub więcej korzystnie. Mieliśmy na to przykład we wła-

[1]) Patrz opis tej techniki i skład wywoływacza w pracy Rajchmana i Szymanowskiego, »Przegl. lek. 1909, str. 387.

[2]) Oznacza wywoływacz sztuczny A oryginalny.

nych doświadczeniach, w których używaliśmy kolejno po sobie dwóch wywoływaczy naturalnych (Ł i C). Otrzymaliśmy przytem następujące wyniki:

I. Serya 86 prób (wyw. Ł) 7 niezgodnych, 7 na korzyść SR, 0 na korzyść wyw. natur.

II. Serya 47 prób (wyw. C) 9 niezgodnych, 3 na korzyść SR, 6 na korzyść wyw. natur.

Wywoływacz C okazał się zatem czulszym, wywoływacz Ł mniej czułym od sztucznego (stale tegosamego or.).

(Dok. nast.).

Pozapłciowe zakażenie kiłą.

Napisał

Dr Jan Papée.

(Ciąg dalszy).

Z kliniki Picka w Pradze, podaje Bloch[22]) liczby za czas 1885—1896; w tym czasie znalazł 65 przypadków = 4·1% ogółu (mężczyźni 2·5%, kobiety 10·3%).

Broich[23]) znalazł na klinice Doutrelepont'a w Bonn, w ciągu jednego roku (1/4 1889— 1/4 1890) 10 chorych zakażonych pozapłciowo na 120 przypadków świeżej kiły, z czego 3 mężczyzn, a 7 kobiet, przeważnie z usadowieniem wrzodów na wargach ust; Haslund, wśród leczonych w szpitalu miejskim w Kopenhadze w latach 1882—1898, znalazł 221 przypadków kiły pozapłciowej, co się równa 4·7% (mężczyźni 3·71%, kobiety 6·34%). Neumann[24]) wykazał za okres dziesięcioletni (1890—1900) 207 pozapłciowych zakażeń w swej klinice, co odpowiadało 4·47% ogółu chorych.

Najnowszą statystykę z kliniki Fingera podaje Scherber[25]) za lata 1901—1907; w tym czasie stwierdzono 38 przypadków kiły pozapłciowej u mężczyzn (2·4%), a 47 u kobiet (3·6%).

Z tych zestawień statystycznych widzimy, że w nabywaniu kiły na drodze pozapłciowej przeważają kobiety; szczegół ten podkreślają wszyscy autorowie, przypisać go zaś trzeba głównie nabywaniu zmian pierwotnych przy sposobności karmienia.

Jak częste są przypadki nabywania kiły na drodze pozapłciowej u nas, a mam tu na myśli Galicyę i Królestwo Polskie, o tem na podstawie nie bardzo licznych spostrzeżeń, ogłaszanych w naszej literaturze i braku danych z klinik i szpitali, trudno wyrobić sobie dokładny sąd. Wspomniałem już o tem, że wśród ludności huculskiej Galicyi, sposób ten udzielania kiły ma być dość częstym. Poza tem uznawali niektórzy autorowie, jak to poniżej zobaczymy, dwa głównie czynniki, jako źródła przenoszenia kiły na tej drodze, a mianowicie karmienie dzieci przez mamki i rytualne obrzezanie u ludności żydowskiej.

[22]) Bloch. Über extragen Syphilisinfection. Arch. f. D. u. S. R. 1897. T. 39. str. 65.

[23]) Broich. Über extragen. Syphilisinfection. Arch. f. D. u. S. 1890. T. 22. str. 497.

[24]) Neumann l. c.

[25]) Scherber. Die extragen Syphilis. Zeitschr.tt f. Bek. der Geschlechtskrankh. Z. 5. T. 8. R. 1908.

Na przedmiot sam t. j. możność przeniesienia zarazka pozapłciowo, zwracano uwagę w naszej literaturze lekarskiej oddawna. I tak wspomniany poprzednio Zekert[26]), wykonywujący praktykę lekarską na Białej Rusi, w rozprawie, napisanej dla uzyskania stopnia doktora w uniwersytecie wileńskim, podaje, że *lues insontium* jest dość częstą wśród włościan na Białej Rusi i w sąsiednich prowincyach i wymienia dwa sposoby jej nabywania, a mianowicie, jako najczęstszy, łaźnie parowe, których co tydzień używają włościanie zdrowi pospołu z chorymi, następnie wspólność używania łyżek, naczyń i pościeli. Wspomina także o możliwości zakażenia dzieci przez mamki i naodwrót, a w końcu, co ciekawe, podaje, że w ciągu 9 lat widział 3 przypadki zakażenia szpitalnego, powstałe z powodu przepełnienia szpitala chorymi i niemożności oddzielenia od chorych kiłowych, mówiąc: »nosocomium ... in quo semper 40 usque ad 50 aegrotantes adsint, qui tum syphilide tum aliis morbis laborant, ob aedificii angustias rite collocari non possunt, ita ut semper communio horum dissimilium aegrotantium servetur«.

Zakażenia, powstające za pośrednictwem karmienia dzieci u kobiet karmiących, na brodawkach sutka, opisał K. Pawlikowski[27]) w r. 1867; znalazł on w ciągu lat 10 (1856—1865) na 1559 mamek szpitalnych, karmiących dzieci w warszawskim szpitalu św. Łazarza, 108 przypadków wrzodu pierwotnego na brodawkach piersiowych; następnie opisał 63 przypadków, zebranych w ciągu 1 1/2 roku, w których u mamek wiejskich i szpitalnych wystąpiła zmiana pierwotna na brodawkach piersiowych, wskutek karmienia podrzutków z warszawskiego szpitala Dz. Jezus[28]).

Że źródło to i w następnych latach niewątpliwie dostarczało zakażeń tego samego rodzaju, świadczą o tem i dalsze spostrzeżenia z tegoż szpitala. A mianowicie Watraszewski[29]) w sprawozdaniu ze szpitala za r. 1886 podaje 9 przypadków zmiany pierwotnej na brodawkach piersiowych u mamek, zakażonych w tenżesam sposób, jak w przypadkach Pawlikowskiego. Giedroyć[30]) w dwu latach następnych, t. j. 1887 i 1888 stwierdził 49 przypadków takiej zmiany u mamek szpitalnych, zauważył atoli, że nie są to cyfry dokładne, gdyż chore, nie mając pojęcia o stanie zdrowia, nie zaraz zgłaszają się o poradę lekarską; częstokroć zakażenie takie, przez nieświadomość, szerzy się dalej, na dowód czego przytacza Giedroyć, że od byłej mamki szpitalnej zaraziło się 4 jej dzieci, a w jednym przypadku chore dziecko szpitalne było, prócz mamki, źródłem choroby dla jej 11-letniej córki i 58-letniej matki. W roku następnym (1890) stwierdził Giedroyć[31]) w tym

[26]) Zekert Georgius Antonius. De lue insontium. Dissert. inaug. Wilno 1817.

[27]) K. Pawlikowski. O udzielaniu się choroby syfilitycznej kobietom wiejskim, biorącym dzieci ze szpitala Dz. Jezus na wykarmienie. Gazeta lekarska. T. II. Nr 28, 30 i 31.

[28]) K. Pawlikowski. Jedno ze źródeł rozszerzania się zarazy syfilitycznej po kraju. Klinika. T. I. 1867 str. 408. T. II. 1867. Nr 3 i T. III. 1868. Nr 5.

[29]) Watraszewski Wykaz statystycz.-lekarski chorych leczonych w szpitalu św. Łazarza 1886. Medycyna 1887. T. 15.

[30]) Giedroyć. Wykaz statyst.-lekarski chorych leczonych w szpit. św. Łazarza w r. 1887 i 1888 Medycyna 1889. T. 19.

[31]) Giedroyć. Wykaz statyst.-lekarski chorych leczonych w szpit. św. Łazarza w r. 1890. Medycyna 1891.

samym szpitalu i z tych samych powodów 12 przypadków wrzodu pierwotnego na brodawkach piersiowych u mamek.

Klink[32]) zebrał ze swojej praktyki, jużto w szpitalu warszawskim św. Łazarza, już też prywatnej lub z lecznicy, 24 przypadków na 39 wogóle pozapłciowo usadowionych (nie podaje atoli, w jakim przeciągu czasu).

Drugiem źródłem, dostarczającem większej liczby zakażeń kiły w omawiany sposób, a o którem w naszej literaturze spotykamy tak dawniejsze wzmianki jak i nowsze spostrzeżenia, było, a pytanie, czy jeszcze niem nie jest, obrzezanie rytualne.

I tak z dawniejszych Rust, profesor chirurgii w uniwersytecie krakowskim, (1803—1808), podaje, że w Krakowie przez pewien czas chłopcy po obrzezaniu dostawali na członku zmian pierwotnych, wskutek tego, że dokonywujący obrzezania miał zmiany kiłowe w jamie ustnej i dzieci przy wysysaniu rany zakażał. Bierkowski widział w ciągu 2 lat w Krakowie przeszło 100 dzieci w tenże sam sposób zakażonych kiłą. Na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 2. VII. 1866 Nowakowski przedstawił 3 dzieci z wrzodami pierwotnymi, tą drogą nabytymi. Następnie trzy takie przypadki opisał Klink[33]), a Matlakowski[34]) ośm przypadków, w których nie ulegało wątpliwości, że dzieci pochodziły z rodziców zdrowych, zdrowe na świat przychodziły; rana po obrzezaniu powstała, goić się nie chciała, a wystąpienie zmian ogólnych potwierdziło w zupełności rozpoznanie.

Co do sposobów szerzenia się kiły wśród ludności żydowskiej w małych miastach galicyjskich, podał swoje uwagi jeszcze w r. 1879 Goldhaber[35]). Przybywszy w tym czasie do Mielca, stwierdził w ciągu 3-letniego swego pobytu niestosunkowo wiele przypadków kiły u żydów, mianowicie 183, podczas gdy wśród ludności chrześciańskiej w tym samym czasie było tylko 10 osób; zwróciło przytem jego uwagę, że bardzo dużo chorych było dzieci. Śledząc za przyczynami, przekonał się, że jedną z nich było obrzezanie: operator, który, jak wiadomo, bierze członek do ust i przez wysysanie tamuje krew, zbadany okazywał kłykciny w jamie ustnej; drugą było karmienie osesków: matka, zajęta interesami, na dzień oddaje dziecko do karmienia mamce, sama karmiąc je tylko w nocy, mamka zaś, zaraziwszy się u dziecka, które przez obrzezanie nabyło kiły, przenosi chorobę na inne dzieci w ten sam sposób zastępczo przez nią karmione. Autor przekonał się, że jedna taka mamka zaraziła pięcioro dzieci. Jako wreszcie trzecią przyczynę uważał chajdery, w których dzieci wzajemnie częstują się cukierkami, cmokają je i podają drugiemu; w ten sposób bardzo wiele dzieci miało nabyć kiły.

Oprócz wspomnianych już ogłoszeń o wrzodach pierwotnych na brodawkach piersiowych, podanych przez Watraszewskiego i Giedroycia dla warszawskiego szpitala św. Łazarza, mamy w literaturze naszej dwie jeszcze większe statystyki omawianego przedmiotu.

Mianowicie Klink[36]) zebrał ze swojej praktyki prywatnej, szpitalnej i w lecznicy 11 przypadków pozapłciowego zakażenia na 2000 chorych mężczyzn (0·5%), a 39 na 2846 kobiet (1·3%). Z pośród przypadków, dotyczących mężczyzn, należałoby atoli wyłączyć 4, w których umiejscowione wrzody na mosznach, powstały wskutek bezpośredniego zarażenia się; następnie owrzodzenia w przypadku, odnoszącym się do mężczyzny, u którego ten autor stwierdził wprawdzie cztery owrzodzenia na błonie śluzowej wargi dolnej i 4—6 na lewym migdale, ale chory ten miał już od kilku tygodni owrzodzenie w rowku żołędziowym, w danej chwili już się zabliźniające, słusznem tedy zdaje się przypuszczenie, że zmiany na wargach i migdale były raczej zmianami ogólnemi i następowemi, a nie samoistnie powstałemi.

Krzyształowicz i Mayzel[37]) ogłosili statystykę zmian pierwotnych poza częściami płciowymi umiejscowionych, ze szpitala św. Łazarza w Krakowie za okres 14-letni (1880—1893), przypadków takich było w tym czasie 79 na 974 chorych, co daje 8·11% (u mężczyzn 31·6%, u kobiet 46·8%, u dzieci 21·6%). Wysoki ten stosunek zmieni się jednakowoż znacznie, jeżeli uwzględnimy, że do kiły pozapłciowej zaliczyli ci autorowie 10 przypadków wrzodów na worku mosznowym, 2 na wzgórku łonowym, 4 w pachwinach u kobiet, a wreszcie 4 u kobiet w rowku wargowoudowym. Ściśle biorąc tych lokalizacyi wrzodów pierwotnych nie można uważać za pozapłciowe, należą one raczej do t. zw. perigenitalnych, co zaś do etyologii, to niewątpliwie powstały po spółkowaniu.

Poza temi obszerniejszemi sprawozdaniami, znajdujemy w naszej literaturze pojedynczo ogłaszane przypadki pozapłciowego usadowienia się zmiany pierwotnej. Sokołowski[38]) podał ze szpitala krakowskiego jeden na brodawce piersiowej, Świątkiewicz przedstawił dwie takie chore ze szpitala lwowskiego (na posiedzeniu Tow. lek. 5. IV. 1895), Uhma zaś jedną z wrzodem, na brodawce piersiowej, a jedną na wardze górnej (pos. Tow. lek. 7. II. 1896), Trzciński[39]) jeden przypadek wrzodu pierw. na policzku u wieśniaczki, a jeden na brodawce piersiowej. Dymnicki[40]) w ciągu lat 30 na 7831 chorych w tym czasie leczonych, miał 5 chorych ze zakażeniem pozapłciowem, a to 3 z umiejscowieniem zmiany na palcach rąk, 2 na dolnej wardze. Zarewicz[41]) opisał zmianę pierwotną na górnej wardze ust; w przypadku tym po 6 tygodniach powstała druga zmiana na języku, co Zarewicz tłomaczył przeszczepieniem się pierwszego wrzodu.

[32]) Klink. Owrzodzenia szankrowe i pierwotne stwardnienia przymiotowe na niezwykłych miejscach ciała. Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1880. T. 76, str. 114.

[33]) Klink. W sprawie zapobiegania zarażeniu przymiotem. Medycyna. 1880.

[34]) Matlakowski. Kilka przypadków zarażenia przymiotem przy obrzezaniu. Medycyna. T. VIII. Nr 26.

[35]) Goldhaber Adolf. Szerzenie się kiły u starozakonnych. Przegląd lekarski 1879. Nr 21. str. 262.

[36]) Klink. Owrzodzenia szankrowe i pierwotne stwardnienia na niezwykłych miejscach ciała. Pam. Tow. lek. warsz. 1880, str. 114.

[37]) Krzyształowicz i Mayzel. Kazuistyka wrzodów stwardniałych, poza częściami płciowemi spostrzeganych i leczonych w oddziale chorób wener. i skórnych od r. 1880. Przegląd lekarski 1894 Nr 48 i n.

[38]) Sokołowski. Sprawozdanie z oddziału chorób wener. i skórn. za r. 1885. Przegl. lekarski.

[39]) Trzciński. Z kazuistyki extragenitalnej, infekcyi kiłowej. Medycyna 1907. I. 42.

[40]) Dymnicki. Uwagi dotyczące ogólnego leczenia rtęcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu. Gazeta lekarska 1888.

[41]) Zarewicz. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym. Przegląd lekarski 1895.

Z lwowskiego szpitala powszechnego, o ile mi wiadomo, nie ma dotąd statystyki, odnoszącej się do zakażeń pozapłciowych. Mogę tylko zaznaczyć, że w ciągu kilkoletniej mojej praktyki szpitalnej na oddziale męzkim chorób wenerycznych spotykaliśmy takie zakażenia bardzo rzadko; jeżeliby zatem można było wnioskować na podstawie materyału dwu największych szpitali, to wolnoby było wyrazić przekonanie, iż u nas w kraju ten sposób nabywania kiły nie jest zbyt częstym. Wyjątek pod tym względem stanowiłaby tylko południowo-wschodnia część kraju, zamieszkała przez t. zw. hucułów.

W praktyce prywatnej miałem w leczeniu w czasie od r. 1895 do końca r. 1908 wogóle 20 chorych, u których zakażenie nastąpiło na drodze pozapłciowej, z czego 11 dotyczyło kobiet, a 9 mężczyzn. Nie zaliczam tutaj 6 wrzodów pierwotnych, umiejscowionych na wzgórku łonowym u dorosłych (5 mężczyzn, 1 kobieta), ani 11 przypadków, z siedzibą wrzodów na mosznach, gdyż tego rodzaju umiejscowienia, ani sposobem nabycia, ani odległością od zwykłego miejsca zakażenia t. j. narządów płciowych, się nie odróżniają i całkiem słusznie bywają określane jako okołopłciowe (perigenitalne). W stosunku do ogólnej liczby chorych kiłowych, w tym czasie przezemnie leczonych (1352), ilość ta daje 1·4%, z czego mężczyzn 1178 czyli 0·7%, kobiet zaś 173 = 6·3%. Jeżeli zaś weźmie się stosunek tylko do chorych, którzy się zgłosili ze zmianą pierwotną, wypadnie na 822 mężczyzn i 103 kobiet stosunek przypadków kiły pozapłciowo nabytej 1.09% i 10·1%.

A zatem i z mego materyału okazuje się, że ilość kobiet, w ten sposób nabywających chorobę, jest większa, a zaznaczyć trzeba, że pośród w ten sposób zakażonych kobiet nie było ani jednej dziewczyny publicznej.

Według siedziby wrzodu pierwotnego, moje przypadki grupują się następująco:

Siedziba zmiany pierwotnej	Mężczyźni	Kobiety	Razem	%
Wargi ust	1	4	5	26·3%
Powieki	1	—	1	5·2%
Język	1	—	1	5·2%
Migdały	2	—	2	10 4%
Podbródek	1	—	1	5 2%
Policzek	1	—	1	5·2%
Sutki	—	3	3	15·7%
Palce rąk	1	—	1	5·7%
Otwór stolcow.	1	1	2	10·4%
Udo	—	1	1	5·2%
Bez wykazanej zmiany pierw.	—	2	2	10·4%
Razem	9	11	20	—

A. Zmiany pierwotne na wargach ust.

1. K. B., mężczyzna. 28. I. 1898 l. p. 126. Zmiana pierwotna na wardze górnej w postaci małej, o równych ale wyraźnie twardych brzegach, płaskiej, lekko krwawiącej nadżerki; gruczoły podszczękowe prawe bardzo duże (wielkości dużych orzechów), twarde. Po zastosowaniu maści z białego praecipitatu wrzód zabliźniony blizną sino zabarwioną, o brzegach i podstawie wybitnie twardej. W połowie lutego (12. II.) wysypka plamista na całym tułowiu. Wcierania. W lipcu tegoż roku powrotna wysypka plamista, kłykciny sączące na wargach, migdale i w kiszce odchodowej; ponowne wcierania. Chory przez dalsze lata i po latach 11 nie okazuje żadnych objawów.

Sposób zakażenia nieznany. (Domyśleć się tylko było można, że sumienie niezupełnie czyste w kierunku *cunnilinguus*).

2) P. panna. 18. 5. 1901 l. p. 863. Zmiana pierwotna na wardze dolnej, w postaci owrzodzenia o dnie słoninowatem, brzegach i podstawie naciekłej. Gruczoły podszczękowe twarde, powiększone wybitnie. W tydzień po pierwszem badaniu wysypka plamista tułowia (virgo intacta). Chora wątła, niedokrewna. W miesiąc po wystąpieniu wysypki, objawy nacieku szczytowego płuca prawego, chora zaczęła gorączkować. Coraz wyraźniejsze objawy gruźlicy płuc, z której zmarła we wrześniu tego samego roku.

Sposób zakażenia nieznany, przypuszczalnie całus narzeczonego.

3) K. kobieta zamężna. 15. 11. 1895 l. p. 58. Wrzód pierwotny prawego kąta ust, przechodzący z błony śluzowej wargi na skórę otaczającą kąt ust w kierunku skośnym do linii warg; wrzód wielkości halerzówki, w kształcie cokolwiek podługowaty, o brzegach twardych, podstawie płytkowatej, dnie pokrytem strupem, po którego odjęciu powierzchnia wrzodu lekko krwawiąca, różowa. Gruczoły podszczękowe bardzo znacznie powiększone. Wysypka plamista w 4 tygodnie po pierwszem badaniu. Blizna po wrzodzie odbarwiona, wciągnięta, utrzymuje się kilka lat po zakażeniu.

Zakażenie powstało przez pocałunek męża, zarażonego w kilka lat po ślubie. Dalsze leczenie niedbałe. W r. 1903 zgłasza się chora z bolami głowy, bolami w podudziach wzdłuż okostny, na podudziu prawem wrzód kiłowy (ulcus tardum) wielkości guldena. Z końcem tegoż roku (w grudniu) kilak podudzia prawego, przechodzący po rozpadzie w duży charakterystyczny wrzód kiłowy. Po wcieraniach i zażywaniu jodku potasu zgojenie. W r. 1908 zgłasza się chora z bolami głowy; nadto od 3 dni ma być krwioplucie; z tyłu po stronie lewej wyraźne drobne rzężenia.

4. 29. 9. 1898. Ch. A. 28 l. kobieta, l. prot. 311. Wrzód pierwotny wargi dolnej z następowym twardym obrzękiem całej wargi i wywinięciem jej; gruczoły podszczękowe prawe b. znacznie powiększone. Po zgojeniu wrzodu, w 2 tygodnie, wysypka guzkowo-plamista na tułowiu. Wcierania. Odtąd chorej nie widziałem.

Chora przy pierwszej bytności podała, że 21. sierpnia 1898 wyszła z kliniki położniczej, w której przez 3 tygodnie przebywała, przy wyjściu ze szpitala uważała już małą rankę na wardze.

5) J. Ch. 3. 3. 1896 kobieta, l prot. 69. Wrzód pierwotny wargi górnej, o dnie słoninowatem, brzegach twardych, podstawie naciekłej, ale trudno dającej się od otoczenia odgraniczyć i z niem się zlewającej; obrzmienie całej wargi górnej przez całą jej szerokość, powiększenie gruczołów podszczękowych lewych tak znaczne, że jest zdaleka widoczne, zniekształca zupełnie lewą stronę podbródka i szyi. Chora nie leczona z powodu nierozpoznania przyrody wrzodu aż do wystąpienia ogólnej wysypki guzkowo-plamistej. Dopiero po zastosowaniu wcierań zaczął się wrzód goić.

W jaki sposób powstało zakażenie, tego dokładnie chora nie wie. Przypuszcza, że przez picie ze szklanki, z której pił człowiek, przybywający nieraz do domu w gościnę, o którym mówiono, że był chorym. Chora miała od dzieciństwa zwyczaj przygryzania warg zębami, wskutek czego wargi ciągle miała popękane, porysowane, z przybłonka obnażone, co można było stwierdzić i potem po zagojeniu się wrzodu. Przez szereg lat następnych się nie leczyła, wyszła za mąż, urodziła jedno dziecko; zgłasza się dopiero w roku 1909, a więc po latach 13., z dwoma wrzodami o charakterze typowym, pod kolanem prawem; więcej ją jednak trapią długi już czas trwające, zmiany na czole i policzkach. Zmiany te, w postaci drobnych owrzodzeń trądzikowatych, równolegle do łuków brwiowych umiejscowione, zajmują dolną połowę czoła i górną część policzków, z daleka robią wrażenia miedziano-czerwonego wieńca. Przy bliższem obejrzeniu stwierdza się, obok świeżych, drobnych wrzodzików, szereg blizn wgłębionych po wrzodach dawniejszych. Zastosowanie leczenia wcieraniami i jodkiem potasu, zmiany te w zupełności usunęło.

B. Zmiany pierwotne na powiekach, policzku i podbródku.

6) D. l. 26, z zawodu piekarz. 26. 6. 1897, l. prot. 106. Ulcus syph. init. palpabrae infer. w kącie zewnętrznym oka prawego. Wrzód siedzący na skórze powieki, sięga do granicy jej z błoną śluzową, w postaci płytkowatej blaszki, o brzegach twardych, wielkości ziarnka grochu. Gruczoły przeduszne po stronie prawej powiększone, i twarde. Dalszy przebieg potwierdził rozpoznanie. Sposób nabycia nieznany.

7) W. W. l. 29. 25. 3. 1895, l. prot. 15. Wrzód pierwotny na policzku lewym, w linii poprowadzonej od zewnętrznego kąta oka, w miejscu skrzyżowania się jej z linią, idącą od skrzydełka nosa do dolnej granicy małżowiny usznej. Wrzód o podstawie niezbyt w głąb naciekłej, brzegach równych i twardych; znaczne powiększenie gruczołów przedusznych i podszczękowych po stronie lewej. Wysypka guzkowa tułowia, zmian ani blizn na członku żadnych. Dalsze losy chorego mi nieznane; sposób nabycia nie wykryty.

8) G. 20. 2. 1898, l. prot. 172. Wrzód pierwotny podbródka zupełnie typowo wyglądający, o brzegach twardych, dających się ściśle odgraniczyć, o podstawie z otoczeniem zrosłej. Powiększenie gruczołów podbródkowych b. znaczne, chory się zgłasza już z ogólną wysypką plamistą całego tułowia. Sposób zakażenia niewiadomy. Blizna po wrzodzie długi czas zgrubiała, ciemno-brunatno ubarwiona — ubarwienie to zatrzymuje się przez szereg lat. Dalszy przebieg cechują liczne nawroty na błonach śluzowych i skórze w postaci kłykcin, wysypek powrotnych i wrzodów kiłowych — i to przez przeciąg lat 4. W 7 lat po zakażeniu orchitis i epididymitis syph., połączone ze znacznem, niebolesnem obrzmieniem jąder, najpierw prawego, potem lewego. Równocześnie wystąpiło charakterystyczne odbarwienie skóry moszen, (leucodermia syph.) stale odtąd się utrzymujące. Obrzmienie jąder po leczeniu właściwem ustąpiło, by po roku znowu wystąpić, i to już w charakterze ropni, które dobrowolnie przebiwszy, pozostawiły kilka przetok po każdej stronie moszen, przyczem i równocześnie obrzmienie jąder się zmniejszyło, pozostawiając po stronie prawej zgrubienie jądra samego w dolnym, a zgrubienie przyjądrza w dolnym i górnym odcinku, po stronie lewej tylko postronkowate zgrubienie całego przyjądrza. W miarę leczenia nacieki ulegały wessaniu, przetoki, z wyjątkiem jednej małej po stronie prawej i dwu drobnych po lewej, się zabliźniły; z tych ostatnich długi czas kropla surowiczego płynu dawała się wycisnąć, wreszcie i one jednak uległy zabliźnieniu.

C. Zmiany pierwotne na języku i migdałach.
2 przypadki.

9) B. F. 29. I. 1898, l. 159. Wrzód pierwotny na końcu języka, wielkości centa, o brzegach równych z otoczeniem, dnie i podstawie silnie naciekłej; rozpoczął się od małej nadżerki, której powstanie przypisuje chory wzięciu do ust papierosa, którego palił mieszkający z nim kolega, który z powodu kiły pozostawał u mnie od roku w leczeniu, a w krytycznym czasie miał istotnie zmiany na błonie śluzowej wargi dolnej. Gruczoły podszczękowe powiększone. Dalsze losy chorego mi nieznane.

10) T. W. 6. 6. 1897, l. prot. 95. Chory zgłosił się do mnie ze zmianami powrotnemi w postaci suchych, obrączkowatych kłykcin na żołędzi, wewnętrznej blaszce napletka i skórze moszen. Choroba jego rozpoczęła się w r. 1889 wrzodem pierwotnym na migdale, którego rozpoznał i leczył Rosner. Zarażenie powstać miało od kolegi. (C. d. n.).

Zapiski z praktyki lekarskiej.

Almateina w leczeniu wrzodów goleni i w ginekologii.

Podał

Dr Wojciech Chrząszczewski.
(Sambor).

Otrzymawszy przed kilku miesiącami próbki almateiny i neralteiny, odłożyłem je zrazu skeptycznie do licznego depozytu nowalii terapeutycznych, któremi tak licznie każdy lekarz bywa zasypywany. Dopiero uporczywy przypadek wrzodów goleni, leczony od 8 lat różnymi środkami i metodami zupełnie bezskutecznie, zniewolił mnie do zastosowania almateiny, głównie — przyznaję — dlatego, iż chory obarczony tą chorobą, przedstawił mi tak poważny konwolat recept i był tak dokładnie poinformowany o nazwie każdego środka, że po dokładnym przeglądzie wszystkich środków, wymienionych w receptach, które chory przyniósł, doszedłem do przekonania, że niczego nowego — prócz właśnie almateiny zastosować już nie mogę.

Przepisałem tedy 10% maść z almateiny (*Almateini 10,00, Resorbini 100,00, Zinci oxydati, amyli puri aa 5,00*) i kazałem maść tę grubo na 3 milim. smarować bezpośrednio na rozległe wrzody goleni, pokryć gazą odtłuszczoną, warstewką waty i zwykłą opaską. Stosowanie 8-dniowe dało nadspodziewany wynik. Dno wrzodów oczyściło się z rzadkiej ropiastej wydzieliny, pokryło się różową ziarniną, tkanka skórna i podskórna poprzednio niebieskawo zabarwiona, przybrały barwę blado-różową, a sam chory był tak zachwycony tym wynikiem, iż tylko z trunością zdołałem go powstrzymać od zamiaru ogłoszenia w pismach publicznych owej »cudownej kuracyi«.

Przed 2 tygodniami dostałem w leczeniu ambulatoryjnem podobny przypadek wrzodów goleni, nieco mniej rozległych i 4 lata trwających, gdzie zastosowanie almateiny w tej samej postaci przyniosło poprawę.

Z tych dwu przypadków oczywiście niepodobna żadnych wysnuwać widoków, jednakże wobec naszej notorycznie niedodołężnej terapii wrzodów goleni, uważam sobie wprost za obowiązek prosić kolegów, rozporządzających obfitszym materyałem odemnie o dalsze wypróbowanie almateiny, gdyż bądź co bądź działanie jej na wrzodach goleni sprawiło na mnie wrażenie bardzo korzystne.

Zachęcony tamtymi wynikami, stosowałem almateinę w formie gałek wprowadzanych do pochwy przy naciekach okołomacicznych w kilkunastu przypadkach. Zauważyłem, że nacieki stawały się miększe, ruchomość macicy, niejako wmurowanej w wysięk, większa, a podmiotowo trzy z tych chorych utrzymywało, iż chodzenie, które przedtem sprawiało im wyraźny ból, obecnie odbywa się bez trudności i bez uczucia owego bolu. Gałki z almateiny przepisywałem podług formułki *Rp. Almateini 1,00, Butyri de Cacao 3,50 f. globul. vagin. l. a. d. tal. dos. No. X.* S. 2 gałki dziennie.

Jako już starsza gwardya lekarska i jako emerytowany lekarz szpitalny — nie jestem zbyt skłonny do przyjmowania *sine grano salis«* każdego pierwszego z brzegu środka leczniczego, którymi do uprzykrzenia niemal każda codzienna poczta nas obarcza; odniosłem jednak wrażenie, że almateina zasługuje istotnie na to, by ją w szerszych ramach, aniżeli to jest dla mnie dostępnem, wypróbowano, a o wyniku poinformowano szerszy ogół lekarzy.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

P. K. Pel. **Leczenie tuberkulinowe gruźlicy płucnej** (*kongres międzynarodowy lekarski w Budapeszcie* 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Właściwa ocena środków leczniczych należy w medycynie wewnętrznej do najtrudniejszych zadań. Zwłaszcza zachodzą te trudności przy gruźlicy płucnej przewlekłej, która podlega w swoim przebiegu nieobliczalnym samorodnym wahaniom. Takie samorodne stany poprawy lub zaostrzenia się sprawy chorobowej mogą przypadkowo zbiegać się ze zastosowaną metodą leczniczą. Chorzy dotknięci gruźlicą, bardzo łatwo podlegają suggestyi, która niezawsze umożliwia lekarzowi przedmiotową ocenę stanu. Nadto przewlekła gruźlica ma na ogół wielką skłonność do samorodnego wyleczania się, co znowuż tembardziej utrudnia sąd o działaniu leczniczem tuberkuliny, że leczenie tuberkulinowe z konieczności, długo trwać musi. Nadto jest rozpoznanie początkowej gruźlicy płucnej zazwyczaj trudne, a ze względu na to, że badanie fizykalne szczytów płucnych rozstrzyga o rozpoznaniu, częste są omyłki rozpoznawcze.

Sprawa leczenia tuberkuliną gruźlicy płucnej ma stronę teoretyczną i praktyczną. Teoretycznie musimy uznać zasadę leczenia tuberkuliną jako zupełnie racyonalną. Rozchodzi się bowiem o usiłowanie wywołania czynnego uodpornienia przeciwko jadom gruźliczym, przez wzmożenie produkcyi anti-ciał w ustroju. Metoda ta zatem jest właściwie naśladowaniem naturalnych procesów leczniczych. Atoli i teoretyczne pojmowanie sprawy ma swoje trudności. I tak trudno zrozumiałem jest, dlaczego sztuczne podskórne wstrzykiwanie preparatów tuberkulinowych ma wywoływać odczyny lecznicze, podczas gdy naturalna samorodna autoinokulacya nie jest w stanie tego wywołać. Dalej wiemy, że prątki gruźlicze, a prątki gruźlicze nie stanowią zupełnie identycznych pojęć w sensie biologicznym, że odróżniamy typ ludzki i bydlęcy i różne szczepy. Właściwie wskazanemby było używać w leczeniu pochodnych tych prątków, które znaleziono u danego chorego. Wówczas byłoby dopiero indywidualizujące leczenie właściwe, o czem w praktyce trudno myśleć. Nadto nie są preparaty tuberkulinowe ciałami chemicznie

czystemi i dobrze znanemi, a działanie ich na ustrój nie jest zupełnie dokładnie wyjaśnione.

Co do strony praktycznej leczenia tuberkulinowego, to jedni lekarze, a zwłaszcza specyaliści i lekarze sanatoryów odnoszą się do tej metody z entuzyazmem, podczas gdy inni z mniejszym lub większym sceptycyzmem. Różnice te mają swe źródło bądź w niedostatecznem uwzględnieniu samorodnego przebiegu gruźlicy, bądź w nierównym materyale chorych. W klinikach bowiem i szpitalach leczą się ciężko chorzy, a u specyalistów i po sanatoryach chorzy w okresach początkowych. Doświadczenie, że okresy początkowe dają najlepsze wyniki przy leczeniu tuberkuliną jest łatwo zrozumiałem, ale ono też stanowi piętę Achillesową tego leczenia, bo zwłaszcza wobec długiego trwania leczenia tuberkulinowego uzasadnione jest pytanie, jakby się przebieg chorobowy ukształtował bez leczenia. Więc według Pela tylko przypadki dalej posuniętej gruźlicy powinny służyć do oceny wartości tuberkuliny, lub też takie przypadki gruźlicy, w których proces chorobowy zatrzymał się i nie okazuje dążności do poprawy mimo korzystnych warunków zewnętrznych. Polecanie przez Sahliego wstrzykiwań tuberkuliny jako środka zapobiegawczego, uważa Pel za nieuzasadnione. Z przeglądu odnośnej literatury wynika na ogół korzystny sąd o wstrzykiwaniach tuberkuliny, atoli mając nawet odpowiedni przypadek do leczenia tuberkuliną trudno jest wybrać odpowiedni preparat, gdyż zarówno co do wskazań i wyboru, jakoteż i sposobu użycia niema jedności między różnymi autorami. Smutne doświadczenia z roku 1890 zmuszają nas tembardziej do krytycznego postępowania, ile, że wykazały, jak małą jest liczba spokojnych, neutralnych i przedmiotowych badaczy. Wstrzykiwania tuberkuliny mają też liczne strony ujemne. I tak wymagają one ze strony lekarza dokładnej i skończonej znajomości techniki i sposobu użycia, jakoteż różnych subtelnych odcieni, oraz ciągłej i ścisłej kontroli. Indywidualna wrażliwość na tuberkulinę jest zupełnie nieobliczalną i podlega niejasnym wahaniom. Autor jest zwolennikiem rozpoczynania od małych dawek i możliwego unikania odczynów miejscowych i ogólnych. Także należy być ostrożnym w próbowaniu różnych preparatów tuberkuliny ze względu na różne zachowanie się chorych wobec danego preparatu. Nie wolno zapominać o możliwości wywołania wzmożonej wrażliwości (anaphylaxis) przy wielokrotnem stosowaniu małych dawek. W niektórych przypadkach odnosił P. wrażenie, że tuberkulina wywołuje krwioplucie. Nadto nie wolno bezwarunkowo odstępować od przyjętych dziś przepisów ogólnych hygieniczno-dyetetycznych. Leczenie to należy stosować przez szereg miesięcy, często przerywać i na nowo podejmować. Pel dochodzi do ostatecznego wniosku, że dziś jeszcze leczenie tuberkuliną powinno pozostać w rękach tych lekarzy, którzy sposób ten zupełnie i ściśle opanowywują. Gdyby to leczenie w stanie dzisiejszym stało się ogólnem i przeszło w codzienną praktykę lekarską, mogłoby wyrządzić więcej szkody, aniżeli korzyści.

Dr M. Blassberg.

P. Londe. **O pochodzeniu trawiennem chorób narządu oddechowego.** (*Rèvue de méd.* 1909, Nr 6). Zdaniem autora dotąd niedość baczną zwracano uwagę na trawienne pochodzenie chorób narządu oddechowego. Dopiero w ostatnich czasach niektórzy uczeni jak Calmette, Guérin, Chauveau, Vanstenberghe i Grysez zaczęli się ściślej tą sprawą zajmować. Zdaniem Londe'a istnieje między chorobami narządu oddechowego, a stanem przewodu pokarmowego ścisły związek. Stan chorobowy w obu narządach może istnieć równocześnie, albo może być następowym lub naprzemiennym. Już zwykłemu nieżytowi nosa towarzyszą zaburzenia w trawieniu, a ograniczenie dyety nietylko łagodzi i skraca przebieg, ale i zapobiega dalszemu szerzeniu się nieżytu w głąb dróg oddechowych. Środek czyszczący i ograniczenie dyety uważa L. przy nieżycie nosa za najlepszy sposób leczniczy i zapobiegawczy. Przy nieżycie oskrzeli zbyt obfita dyeta drogą samozatrucia 1) wywołuje wygórowaną wrażliwość na zimno i stąd możność przejścia zaziębienia i zakażenia na płuca, 2) do zakażenia oskrzeli dodaje skutki samozatrucia jelitowego i potęguje chorobę. Przy nieżycie oskrzeli wskazana jest zatem przez 2—3 dni dyeta ścisła, a potem powolne przechodzenie stopniowe do dyety prawidłowej. Przy stanie zapalnym płuc brak ograniczenia w dyecie zwiększa jadowitość mikrobów, albowiem obfite podawanie pokarmów osłabia takie środki ochronne, jak prawidłowe wydzielanie soków. Już korzystny wpływ salicylanu sodowego na gorączkę tłómaczyć należy zdaniem L. jego korzystnem działaniem na wydzielanie żółci. Także i w zapaleniu opłucnej należy zdaniem L. częstokroć tłómaczyć wybuch tej sprawy samozatruciem z przewodu pokarmowego, które spotęgowało jadowitość dwoinek zapalenia płuc, pozostających w stanie spoczynku. Przewód pokarmowy jest utajonem w ustroju ogniskiem zakaźnem, którego jadowitość podnosi się w przebiegu chorób dróg oddechowych przy nowem zakażeniu. Ciężki przebieg zapaleń płuc z powikłaniami lub skłonnością do ropienia jest wynikiem złego stanu jelit. Toż samo dzieje się przy przejściu w gruźlicę. W przebiegu grypy, chociażby w jej postaci piersiowej lub nerwowej, ma zdaniem autora zawsze odgrywać ważną rolę przewód pokarmowy. Zarówno więc ta choroba, jakoteż odra tylko dzięki zatruciom i zakażeniom trawiennym zwiększają skłonność ustroju do zakażenia gruźliczego. Autor podnosi też dobrze znane zjawisko występowania gruźlicy, zwłaszcza w początkowych okresach w postaci zaburzeń przewodu pokarmowego. Gruźlicę płuc, zdaniem L. przygotowują, potęgują i wikłają stany przewodu pokarmowego, i jak się zdaje, niemożność poddania tych chorych dyecie tucznej z powodu złego stanu przewodu pokarmowego, wpływa na postęp choroby. Także i przy zgorzeli płuca, lub też przy ropniakach opłucnych z odmą (*pyopneumothorax*) można przyjąć bądź spotęgowanie jadowitości ognisk płucnych, biorące źródło z przewodu pokarmowego, bądź też zator septyczny, którego punktem wyjścia mogłaby być zakaźna treść przewodu pokarmowego. W przebiegu niektórych poważnych zakażeń, n. p. w przebiegu duru brzusznego, jeden i ten sam drobnoustrój wywołuje równocześnie zmiany w narządzie oddechowym i pokarmowym. Niekiedy mogą zaburzenia przewodu pokarmowego pojawiać się w następstwie sprawy płucnej, jak n. p. nieżyt jelit w następstwie zapaleń płuc, lub nieżyt z wrzodami jelit w następstwie gruźlicy płuc. Zły stan przewodu pokarmowego nawet przy braku widocznych zaburzeń żołądkowych może wpłynąć ujemnie na sprawę w narządzie oddechowym przez ujemne zadziałanie na stan nerwów. Podstawą zatem leczenia i zapobiegania w chorobach płucnych, powinno być zdaniem autora zwrócenie uwagi na przewód pokarmowy, ażeby usunąć z jednej strony ujemny wpływ na układ nerwowy, oraz źródło zatrucia i zakażenia, a nadto ażeby przez podawanie pokarmów dobrze strawnych i w niewygórowanej ilości, umożliwić dokładne ich przyswajanie, a tem samem zmniejszyć pracę trawienną i ograniczyć do minimum utratę energii.

Dr M. Blassberg.

Latzel i Staniek. **Zaburzenia w narządach u osobników cierpiących na tasiemca.** (*Med. Klinik* Nr 31). L. i S. badali chorych na tasiemca celem przekonania się, czy objawy w innych narządach, a zwłaszcza w przewodzie pokarmowym pochodzą od obecności tegoż pasożyta i skąd biorą przyczynę. Jak wiadomo, najczęściej u podobnych chorych występuje brak apetytu, obrzydzenie do potraw, ew. wymioty po jedzeniu lub odbijania, ból w okolicy żołądka i kiszek, kolki, biegunki naprzemian z zaparciem i t. p. Z innych objawów występują bole głowy, zawroty i szumy, pieczenie i swędzenia w nosie, bicie serca; niedokrwistość, a nieraz białkomocz bez zmian w osadzie moczu. Bardzo częstemi są też u kobiet zaburzenia w regularności. Spostrzegano też ustawiczną czkawkę, a nawet padaczkowe drgawki. L. i S. przeprowadzili główne badania nad zachowywaniem się żołądka u chorych na tasiemca. Zbadali 50 chorych i przekonali się, że bardzo często spotyka się u nich zupełny brak lub też skąpe ilości wolnego kwasu solnego. W stolcach liczne niestrawione włókna mięsne. Ponieważ zmiany te występują dość stale, a ustępują rychło po wypędzeniu tasiemca, przeto odnieść je należy jedynie do obecności pasożyta, który częścią drogą odruchu, częścią przez swe toksyny działa na ustrój. Podobnie ustępują zupełnie nieraz po wypędzeniu tasiemca i zaburzenia sercowe i miesiączkowe, a także nerwowe. *A.*

Ortholan. **Rak w strefie gorącej.** (*Annal. d'hyg. de med. colon.* 1909, Nr 1). Czy rak pojawia się w krajach podzwrotnikowych równie często, jak w strefie umiarkowanej? Na pytanie to odpowiada Ortholan, zestawiając wielką liczbę statystyk, tyczących się śmiertelności w krajach gorących. Co się tyczy Afryki, to w pracach, odnoszących się do okolic wyłącznie podzwrotnikowych, ani razu nie wspomniano o jakimś złośliwym nowotworze u Negra. Mógłby ktoś podnieść, że może uwaga lekarzy nie była nigdy szczególnie w tym kierunku zwrócona, albo że może lekarze nie wniknęli jeszcze dość głęboko w środowisko krajowców. Faktem jednak jest, że krajowcy Negrzy zwracają się po pomoc do lekarzy europejskich przeważnie i prawie wyłącznie w schorzeniach chirurgicznych. Francya wysłała do swoich kolonii licznych lekarzy dla niesienia pomocy krajowcom, lecz ani jedno sprawozdanie lekarskie z tych stron nie zawiera doniesienia o raku, lub o dokonanym z tego wskazania zabiegu. Z posiadłości angielskich również ani

razu nie doniesiono, ani z Gambu, ani z Afryki zachodniej o widzianym tamże raku. I w Afryce wschodniej nadzwyczaj rzadko widywali lekarze raka. Z Madagaskaru posiadamy dość szczegółową statystykę. W Tananariwie, na 65.951 mieszkańców, stwierdzono na 4632 zejść śmiertelnych w 3 latach, tylko 31 zejść z powodu raka. W r. 1906 zgłosiło się do szpitali francuskich na Madagaskarze 18.982 osób, z tych okazywało raka osób 6. Zmarło ogółem osób 631, a na raka 3. Rasa czarna zatem rzadko zapada na nowotwory złośliwe. Azyaci zdają się zajmywać miejsce pośrednie między czarnymi, a białymi. Preston Maxwel, w szpitalu w Szang-Poo (Chiny połd.) zbadał w ciągu $3^1/_2$ lat 11.000 chorych. Z tych było dotkniętych nowotworami wogóle 54 kobiet i 42 mężczyzn. Pośród tych noworów było raków 41, mięsaków 23. Statystyka z Hong-Kong dowodzi, że od r. 1895 do r. 1904 naliczono pośród ludności chińskiej 185 zejść z nowotworów wogóle, t. j. 4 na 1,000.000 mieszkańców, gdy ta sama liczba wynosi w Anglii 71. Z innego zestawienia wynika, że na 15.305 zejść pośród Chińczyków naliczono tylko 10 zejść ze złośliwych nowotworów, co czyni tylko 0·65 na 1000 zejść. W Indo-Chinach francuskich rak należy także do rzadkich zjawisk. Sprawozdania wojskowe, tyczące się żołnierzy krajowców, nie wspominają w ostatnich trzech latach ani o jednym przypadku raka; a na 12.000 żołnierzy krajowców bardzo wielu przekroczyło 30 lat życia. W Kochinchinie, w szpitalu miejskim Szolon, przyjmującym do leczenia dorosłych Chińczyków i Annamitów, naliczono w latach 1902—1903 2025 chorych, pośród nich 815 przypadków chirurgicznych, a zmarło ogółem 825 osób. Tylko 9 osób zgłosiło się z rakiem, z tych zmarła jedna. Allan Perczy ogłosił statystykę z Ceylonu. W roku 1904 stwierdzono tam raka u 234 osób na 3,812.000 mieszkańców, W posiadłościach angielskich w Oceanie rak jest także rzadki. W Tahiti, dokonano w szpitalu Papeete, w latach 1904—1905 61 poważnych zabiegów chirurgicznych, a raz operowano nowotwór (mięsaka). Cały szereg statystyk przynosi te same spostrzeżenia. Wynika z nich, że rak nie oszczędza żadnego kraju, ani żadnej rasy ludzkiej, że jednakże rzadziej nawiedza kraje gorące, niż strefę umiarkowaną, że pośród ras ludzkich rasa czarna rzadziej znacznie nawiedzaną bywa tą plagą, niż rasa biała. Przyczyny tego zjawiska nie znamy, jak i nie znamy przyczyny, dlaczego w Europie nowotwory są tak częste. *Stahr.*

A. B. Marfan. **Rumień guzowaty i gruźlica.** (*Presse méd.* 1909, Nr 51). Już przed dwoma laty zwracał uwagę Landouzy na to, że rumień guzowaty musi być, przynajmniej w niektórych przypadkach, miejscowym toksycznym przejawem gruźlicy, który może ustąpić bez żadnych dostrzegalnych śladów, lecz wcześniej, czy później, mogą się rozwinąć wyraźne objawy gruźlicy, czy to miejscowej (w płucach, błonach surowiczych, oponach mózgowych), czy to gruźlicy ogólnej rozsianej. Z praktyki prywatnej przypomina sobie autor 3 przypadki rumienia guzowatego, dowodzące słusznie teoryi Landouzyego. Dziewczyna 16-letnia w 2 tygodnie po rumieniu, wśród ciągłej gorączki, mimo pobytu nad morzem, dostaje gruźliczego wysięku opłucnego. Chłopiec 7-letni po rumieniu wciąż gorączkuje, a w 3 miesiące później zapada na gruźlicę kolana. Dziewczynka 6-letnia ginie w 6 tygodni po rumieniu na gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Dotąd jednakże mógł autor myśleć, że to przypadkowy zbieg okoliczności. Odkąd jednakże dokonywa na szeroką skalę szczepień tuberkuliną metodą Pirqueta, miał już sposobność leczyć 6 nowych przypadków rumienia guzowatego i we wszystkich odczyn skórny był wyraźny. W 2 przypadkach z tych 6. były objawy gruźlicy płucnej już w czasie obecności rumienia, w innych badanie w czasie rumienia żadnych przejawów gruźlicy klinicznej nie zdołało wykryć. U 8-letniego chłopca, w październiku 1908, leczonego z powodu porażenia połowie czego, był odczyn skórny tuberkulinowy bardzo silny. W $^1/_2$ roku później zjawił się u tego chorego rumień guzowaty. U jednego z tych 4 przypadków rumienia, który dawał odczyn skórny dodatni, ale nie okazywał żadnych dostrzegalnych klinicznie zmian gruźliczych, zjawiła się w $^1/_2$ roku później gruźlica płuca prawego i krwotok płucny. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że chorych na rumień guzowaty należy uważać za dotkniętych gruźlicą i odpowiednio do tła sprawy leczyć. *Stahr.*

Baum. **O znaczeniu surowicy w leczeniu krwawiączki na podstawie spostrzeżeń doświadczalnych i klinicznych.** (*Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.* 1909, XX. Z. 1. str. 1—19). Autor postanowił sprawdzić twierdzenie Weila, że surowica ma w leczeniu krwawiączki doniosłe znaczenie. Sposób Weila polega na tem, że choremu na krwawiączkę wstrzykuje się pewną ilość surowicy ludzkiej lub zwierzęcej, skutkiem czego czas krzepnięcia krwi ma się wybitnie skracać. Zdolność prędkiego krzepnięcia ma się po wstrzyknięciu utrzymywać u tych chorych od 2—3 miesięcy. — Baum podjął najpierw doświadczenia na zwierzętach. Czynił krew króliczą niekrzepliwą, wstrzykując do żył królikom wyciąg z pijawek, hirudynę, wyosobnioną przez Franza. Potem z tych królików dobywana krew miała »in vitro« czas krzepnięcia bardzo długi, a dodawanie do niej kilku kropli surowicy skracało wyraźnie we wszystkich przypadkach czas krzepnięcia (20 minut zamiast 3 godzin w jednem z doświadczeń). Potem zabrał się Baum do doświadczeń »in vivo« i w tym celu wstrzykiwał surowicę tym zwierzętom, które poprzednio dostały śródżylne wstrzykiwania hirudyny. Przekonał się przytem, że wyniki tą drogą otrzymane, podobne były w zarysach ogólnych do wyników, otrzymanych »in vitro«. Ilość wstrzykniętej surowicy nie miała wpływu na szybkość krzepnięcia. Średnio wstrzykiwał królikom 1 cm^3 surowicy. Surowica różnych zwierząt miała ten sam wpływ. Autor zwraca uwagę na trudność tych doświadczeń i na wielką zmienność czasu krzepnięcia wśród okoliczności pozornie identycznych. W tej więc pierwszej części swej pracy autor potwierdza na ogół teoryę Weila. Inaczej rzecz się przedstawia w drugiej części pracy, w części klinicznej. Jak wiadomo, odróżniamy dwa rodzaje krwawiączki: rodzinną, czyli dziedziczną, postać bardzo ciężką, nawiedzającą przeważnie mężczyzn, i sporadyczną, czyli przypadkową. Baum miał sposobność czynić spostrzeżenia na 3 przypadkach. W jednym przypadku krwawiączki sporadycznej miał dobre wyniki, natomiast w innych dwóch, u dwóch braci, dotkniętych krwawiączką familijną, nie osiągnął zgoła żadnego wyniku. Ostatnie te dwa spostrzeżenia mają doniosłe znaczenie, bo autor poczynił liczne doświadczenia i to na krwi dobytej z żył. Na podstawie tak małego materyału nie chce autor wydawać ostatecznego sądu, ale radzi być ostrożnym i nie iść ślepo za zdaniem Weila w przypadkach krwawiączki rodzinnej. A wreszcie i tam, gdzie wpływ surowicy był wyraźnym, to przecie nie trwał dłużej, niż tydzień, a więc przez przeciąg znacznie krótszy, niż to podawał Weil (2—3 miesięcy). *Stahr.*

Dopter. **Seroterapia przeciwmeningokowa w 196 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych.** (*Soc. medic. des hôp.* 2. lipca 1909). Autor zebrał dotąd ogłoszone spostrzeżenia i te nieogłoszone, których wyniki doszły do jego wiadomości. A doszło do jego wiadomości ogółem przypadków 196; wszystkie leczone wyłącznie surowicą, wytwarzaną przez niego w Instytucie Pasteura. Tych 196 przypadków dało 31 zejść śmiertelnych, czyli ogólną śmiertelność 15·86%. Odrzuciwszy 12 przypadków, w których wstrzyknięto surowicę »in extremis«, otrzyma się śmiertelność 10,32%. Śmiertelność w przypadkach leczonych bez surowicy wynosi 60—70%. Autor odnosi to olbrzymie obniżenie się śmiertelności do szczególnego sposobu, w jaki uodparnia konie. Z początku epidemii uodparniał konie wedle metod niemieckiej i amerykańskiej. Przekonawszy się później, że surowica przeciwdrobnoustrojowa jest więcej antyendotoksyczną, niż surowica uzyskana zmacerowanymi drobnoustrojami, uodparniał konie wyłącznie żywemi hodowlami, wprowadzanemi do żył. Porównanie skuteczności obu surowic, przemawia za nową. Surowica pierwotna dawała śmiertelność ogólną 18,18%. Zachęca to autora do trzymania się nowej techniki. Surowica jego nie działa tam, gdzie się późno stosuje, w postaciach mózgowych, gdzie surowica z trudnością dostaje się do ognisk mózgowych, w postaciach septycznych i hypertoksycznych i tam, gdzie zapaleniu towarzyszą ropnie powierzchowne lub głębokie, na które nie może działać surowica wprost. *Stahr.*

Lemoine i Gachlinger. **Przypadek zapalenia opon, wywołanego przez meningokok, uleczony wstrzykiwaniami podoponowemi surowicy przeciwbłoniczej.** (*Soc. méd. des hôp.* 3. lipca 1909). Mężczyzna 30-letni dostał w toku zapalenia opon mózgowych 90 cm^3 surowicy przeciwbłoniczej, wstrzykniętych na 4 razy pod opony rdzenia. Stan ogólny uderzająco się poprawiał, a badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dowodziło stałego znikania meningokoków. Gorączka około 8. dnia znowu się zjawiła i przez 4 dni wahała się między 40·2 i 37·8, przyczem i inne objawy chorobowe się zaostrzyły. Jednakże w płynie mózgowo-rdzeniowym nie można było znaleść meningokoków i autorowie przekonali się, że mają wyłącznie do czynienia z objawami anafilaksyi, a nie z nawrotem choroby. I w istocie gorączka sama bez żadnego zabiegu opadła i chory obecnie jest już ozdrowieńcem. Autorowie zwracają uwagę, że pierwsi użyli do wstrzykiwania do rdzenia surowicy przeciwbłoniczej,

jakoteż i na to, że koniecznie trzeba badać płyn mózgowo-rdzeniowy, aby nie wziąć przypadłości anafilaktycznych za nawrót choroby. *Stahr.*

Bourget. **Leczenie okrągłego wrzodu żołądka żelatyną z chlorkiem żelazowym.** (*Therap. Monatshefte* 1909, lipiec, str. 353). Autor już od wielu lat gorąco poleca chlorek żelazowy na wrzód żołądka. Dotąd używał go zawsze w rozczynie 1% wodnym do przepłukiwania żołądka, i leczył tak tysiące chorych; przeważnie już po 15 dniach, a nawet i wcześniej, wrzody się zabliźniały. Zważywszy jednak, że dla płukania żołądka trzeba mieć zgłębnik żołądkowy, a lekarz-praktyk nie zawsze ma go pod ręką, zważywszy dalej, że wielu lekarzy boi się zakładać zgłębnik chorym na wrzód żołądka, by tym właśnie zabiegiem nie wywołać krwotoku, a nawet nie przebić wrzodu, wymyślił autor inny sposób stosowania chlorku żelazowego, a mianowicie podaje go równocześnie z żelatyną: W 100 gramach letniej wody i 100 gramach gliceryny rozpuszcza 100 gr. żelatyny. Kiedy żelatyna dobrze się rozpuści, dodaje szybko 50 gr chlorku żelazowego. Tworzy się wtedy prędko osad, który się trudno miesza z otaczającym go płynem. Płyn ten należy teraz wciąż mieszać i ogrzewać, aż się stanie jednostajnym, a wtedy rozlewa się go na małe rynienki blaszane, podzielone na kwadraty, których bok wynosi około 1 cm, zupełnie tak, jakby się miało n. p. robić karmelki. Po ochłodzeniu otrzymuje się tabletki o odpowiedniej spoistości. Chorym na wrzód żołądka podaje się dziennie 2 do 3 takich tabletek, każdym razem w 2 do 3 godzin po pożywieniu. Dyetę zaś przepisuje swym chorym Bourget następującą: O godzinie 8. rano mleko i biszkopt, o 10. tabliczka żelatyny z chlorkiem żelazowym, o 10½ 100—150 gr. wody alkalicznej, o 12. ryż na mleku, o 3. popołudniu tabletka, około 4. 100—150 gramów wody alkalicznej, o 6. ryż na mleku, o 9. żelatyna, o 10. woda alkaliczna. Wodę alkaliczną przyrządza Bourget z proszku, składającego się z *Natr. bicarb. 8,00 Natri phosphor. 4,0, Natri sulf. sicci 2*, który rozpuszcza w litrze zimnej wody. — Wyniki miał mieć B. nadzwyczajne; bole prędko ustępowały i wrzód goił się rychło. W przypadkach ciężkich, połączonych z krwotokami żołądkowymi, radzi B. wprzód przepłukać żołądek rozczynem 10% chlorku żelazowego, a dopiero potem podawać tabletki żelatynowe. U wszystkich chorych tego rodzaju, leczonych w roku zeszłym, ustał podobno krwotok natychmiast i więcej się nie ponawiał. Gdyby jednak w razie krwotoku żołądkowego nie dało się z jakiegokolwiek powodu przepłukać żołądka, to można się zadowolnić samymi tabletkami. Badania chemiczne dowiodły, że »in vitro« żelatyna zaprawiona chlorkiem żelazowym, ulega wolnemu strawieniu i rozpływa się pod wpływem pepsyny i kwasu solnego. Ale trzeba na to pewnego czasu tak, że można przypuścić, iż żelatyna styka się sporą chwilę w żołądku z miejscem owrzodziałem i rozwija swe działanie przeciwkrwotoczne. *Stahr.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 16 czerwca 1909 r.

Przewodniczący kol. H. Krusche. Sekretarz E. Sonnenberg.

1. Sonnenberg przedstawił kobietę, mającą 55—60 lat, u której znajduje się owrzodzenie, o kształcie nieprawidłowym, zajmujące prawą stronę, grzbiet i czubek nosa a także nieco i lewą stronę nosa. Brzegi owrzodzenia są twarde, wyniosłe, zwłaszcza z prawej strony brzeg przedstawia twardy, niby chrząstka, wał, wyraźnie odcinający się od otaczających zdrowych części. Dno owrzodzenia jest spoistości zbitej, łatwo krwawiące; wydziela ono obficie brudno-szarą istotę. Lewe skrzydło nosa, jak również część przegródki chrząstkowej nosa — nie istnieją, uległy one zupełnemu zniszczeniu przed czterema miesiącami. Gruczoł chłonny podszczękowy znacznie powiększony i bolesny. Chora skarży się na mocny ból, promieniujący w kierunku ucha i szyi oraz na uczucie napięcia i palenia. Destrukcyjny charakter powyższej sprawy datuje podobno dopiero od 6—8 miesięcy, jakkolwiek cierpienie rozwijało się powoli w ciągu wielu lat, na prawej bowiem stronie nosa było przez czas dłuższy nieznaczne i niebolesne owrzodzenie.

Ze względu na powyższe cechy, a zwłaszcza na nieruchome, wyniosłe i bardzo twarde brzegi owrzodzenia, zbitą spoistość dna, zajęcie gruczołu chłonnego i mocne bole, Sonnenberg rozpoznaje tu nabłoniak (Epithelioma). Istnieje podstawa przypuszczenia, że nabłoniak powstał tu na gruncie kilaka.

2. Kol. Maybaum przeczytał rzecz p. t. **Kilka uwag w sprawie zalecania zdrojowisk.** Wyniki badań nad wpływem wód mineralnych na ustrój ludzki są do tego stopnia niejednolite, że wskazania lecznicze opierają się bardziej na doświadczeniu, niż na ścisłych naukowych danych.

Choroby żołądka przebiegające z nadkwaśnością, nadają się bardziej do leczenia wodami alkalicznemi, nieżyt żołądka z upośledzonem wydzielaniem kwasu solnego — do leczenia wodami słonemi.

W cierpieniach jelit, ze skłonnością do rozwolnień, wskazane są wody alkaliczne w małych dawkach na gorąco, przy skłonności do zaparcia wody słone lub glauberskie na zimno; to samo przy krwawnicach.

O skuteczności wód w chorobach przemiany materyi, z chorobami wątroby i nerek jeszcze mniej powiedzieć można.

Dobry wpływ miejscowości leczniczych na ludzi chorych objaśnia się nie tyle wpływem wód mineralnych, ile zależy od dyety i trybu życia i korzystnych warunków klimatycznych.

Ponieważ niema miejscowości kąpielowych, działających specyficznie, a choroby, nadające się do leczenia, mniej lub więcej we wszystkich miejscowościach leczniczych leczyć można, więc należy, więcej niż dotychczas uwzględniać uzdrowiska swojskie, przyczem — rzecz naturalna — zdwoić pracę nad udoskonalaniem tych miejscowości.

Pożytek z miejscowości leczniczych wynieść mogą tylko ci chorzy, dla których jest dostępne wszystko, czem dana miejscowość rozporządza. Natomiast chorym, którzy nie mogą sobie pozwolić nawet na zwyczajny komfort życia kąpielowego, którym kłopoty życiowe towarzyszą z domu do miejscowości leczniczej, nie pomogą i wody pite ze samego źródła.

Takich chorych uświadamiać należy, że picie wód nawet w miejscowości lesistej, przy odpowiedniej dyecie i wywczasie, więcej przyniesie pożytku, niż wyjazd za ciężko zapracowany lub pożyczony grosz, do wszelkich miejscowości kąpielowych.

Jednocześnie powinny być skierowane usiłowania ku temu, aby po wsiach powstawały mieszkania dla leczących się, a lepiej jeszcze schroniska dla ludzi słabego zdrowia, w których znajdywaliby za małe wynagrodzenie opiekę i utrzymanie. W ten sposób lecznictwo nasze zrobiłoby duży krok naprzód. (Streszczenie własne).

3. Kol. Perlis demonstrował dwa preparaty operowanego **wyrostka robaczkowego.**

4. Kol. Kaufman wraz z demonstrowaniem preparatu omówił skutki niewłaściwego stosowania **wianków macicznych.**

E. Sonnenberg.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Organizacya lekarzy czeskich przystąpiła do Związku państwowego austryackiej organizacyi lekarskiej, która ma na celu popieranie wszystkich wspólnych spraw lekarskich tak na drodze prawodawczej, jak i organizacyjnej. Do związku państwowego należą obecnie lekarze niemieccy, polscy, słoweńscy i czescy, a przystąpienie lekarzy włoskich nastąpi w najbliższym czasie. Żądania lekarskie, wobec ogólnego ubezpieczenia będą mogły obecnie zyskać na znaczeniu wobec ogólnej solidarności lekarzy austryackich.

Związek państwowy zajmuje się wyłącznie sprawą podniesienia znaczenia stanu lekarskiego i poprawą stosunków ekonomicznych lekarzy, wyklucza zaś zupełnie wszelkie interesy polityczne lekarzy.

Posiedzenie Związku lekarzy austryackich odbędzie się w listopadzie r. b. w Wiedniu, bezpośrednio po XVII Zjeździe delegatów Związku, który prawdopodobnie odbędzie się w dniu 23. listopada b. r. Na porządku dziennym posiedzenia, po zagajeniu przez przewodniczącego i wyborze prezydyum, będzie sprawozdanie wydziału, które obejmie przedstawienie dotychczasowego działania związku, działania w ostatnim okresie, określenie przyszłych zadań związku, budżet najbliższego okresu działania, sprawozdanie z funduszu zapomogowego wdów i sierot, wreszcie wnioski pojedyńczych stowarzyszeń.

Tegoroczny Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Salzburgu wypadł bardzo niepomyślnie, a w wielu sekcyach obrady skończono nawet przed czasem, z powodu braku materyału. Zapewne to należy przypisać także między innemi zbyt blizkiemu odstępowi czasu między tem zebraniem a kongresem w Budapeszcie. Bardzo także niefortunnie przedstawiła się »wystawa naukowych środków pomocniczych«, albowiem objektem jej było zupełnie co innego, a co smutniejsze, nie brakło tam i wystawy środków partackich, co już zupełnie chyba nie powinno mieć miejsca na wystawach zjazdowych! *X.*

Wdowa po ś. p. Prof. Bollingerze ofiarowała funduszowi dla bawarskich wdów i sierót po lekarzach 1000 marek w myśl życzenia zmarłego, który za życia był gorącym zwolennikiem i opiekunem tegoż Towarzystwa. *X.*

Bardzo skutecznemi okazały się w Dreźnie kursa uzupełniające dla akuszerek, które wprowadzono w życie od zeszłego roku. Każda akuszerka ma obowiązek co 5 lat zgłaszać się na 14-dniowy kurs uzupełniający. Przy tej sposobności przekonano się, że wiele starszych akuszerek nie ma już nawet pojęcia o zasadniczych wiadomościach nietylko swego zawodu, ale wprost czystości. *X.*

Wskutek podwyższenia taks szpitalnych w Berlinie, chorzy kasowi są zmuszeni nieraz dokładać ze swoich funduszów za pobyt w szpitalu, albowiem taksa wynosi więcej jak zasiłek, a kasy korzystając z wolności wyboru (t. j. albo ponoszenie kosztów szpitala, albo wypłacanie zasiłku), dają chorym zasiłek, nie troszcząc się o szpital, a nawet nieraz sprzeciwiają się odpowiedniemu życzeniu lekarza co do wysyłania chorych do szpitali.

Oglądania zwłok powinni dokonywać podług Pittizgera, jedynie lekarze, a to nietylko dla potrzeby nauki i higieny np. w przypadkach chorób zakaźnych, ale także, zwłaszcza po wsiach przy oglądaniu zwłok niemowląt, celem pouczania matek o higienie dziecka. Jest to jedyna nieraz sposobność rozmowy na ten temat, bo zresztą chłopi lekarza do tak małych dzieci z zasady nie używają. Także w razie, gdy lekarze oglądać będą zwłoki, wstrzyma to często partaczy od leczenia. Samo się przez się rozumie, że lekarze muszą być za tę czynność odpowiednio wynagradzani. *X.*

Zestawiając stosunki zdrowotne w armii francuskiej i niemieckiej przekonał się Löwenthal, że w tej ostatniej są one znacznie lepsze, tak co do ilości schorzeń, jak i co do śmiertelności. Natomiast w armii niemieckiej spotyka się znacznie więcej samobójstw. Przyczyny tej różnicy szukać należy we Francyi w przepełnieniu kasarń, jakoteż w powoływaniu do wojska osobników słabych i do służby niezdatnych. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca sierpnia 1909 . .	476,597	280,494
We wrześniu 1909	1,700	5,000
Razem .	478,297	285,494

Kraków, 30 września 1909.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 26. IX. do 3. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 1 † —), kokluszu 4 (—), płonicy 28 † 5 (5 † 2), odry 38 † 1 (—), duru brzusznego 13 † 1 (2), czerwonki 1 (—), nagminnego zapalenia opon mózgowych 1 † 1 (—). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. IX. do 3. X. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3 (—), płonicy 2 † 4 (— † 3), duru brzusznego 8 † 3 (5 † 2), cholery dziecięcej 7 † 7 (1 † 1), jaglicy 2 (1). *Dr Janiszewski.*

Sprawy sanitarne w Sejmie.

(Ciąg dalszy).

Oddział t. zw. obserwacyjny dla chorych umysłowo nie został w szpitalu lwowskim zwinięty, a nawet zyskał nieco obszerniejsze pomieszczenie; utrzymanie tego oddziału, koniecznego w ustroju każdego wielkiego szpitala, należy powitać z uznaniem. Prymaryuszem oddziału mianował Wydział krajowy Dra Kazimierza Orzechowskiego, którego dotychczasowa działalność piśmiennicza pozwala spodziewać się rozwoju oddziału w kierunku naukowym.

Ważną sprawę budowy we Lwowie oddziału dla chorych zakaźnych (kilku pawilonów) posunięto znacznie naprzód. Ustaliwszy konieczność budowy zakładu dla 200—250 chorych zakaźnych, wybrano odpowienie grunta miejskie. Miasto skłania się ku temu, aby je pod budowę ofiarować bezpłatnie, żąda jednak wybudowania zakładu, złożonego z 9 pawilonów, przed upływem 5 lat; Wydział krajowy zaś nie przyjmuje wprawdzie zobowiązania co do liczby pawilonów i terminu ich wykończenia, gotów jest jednak na razie zbudować niezwłocznie jeden lub kilka pawilonów, mieszczących razem 120 łóżek. Należy mieć nadzieję, że rokowania Wydziału krajowego z gminą m. Lwowa w tej sprawie doprowadzą rychło do porozumienia.

Uczuciem prawdziwej ulgi i nadzieją znacznej poprawy stosunków przejąć musi każdego, znającego warunki szpitalne, wiadomość o zmianie kontraktu w sprawie obsługi zakonnej w szpitalach. W szpitalach lwowskim i krakowskim zmiana została już dokonana, w szczególności odjęto SS. Miłosierdzia, a oddano dyrektorom — kwalifikacyę, przyjmowanie, wydalanie i przeznaczanie na oddziały służby oddziałowej. W toku zaś jest odpowiednia zmiana kontraktu w zakładzie kulparkowskim i w szpitalach prowincyonalnych. Z początkiem r. 1910 zostanie otwarty w obu szpitalach krajowych kurs pielęgnowania chorych, »który każda z SS. Miłosierdzia, przeznaczonych do obsługi chorych w szpitalu, odbyć winna«. W ten sposób nareszcie stworzono warunki, w których powinno zniknąć źródło nieustannych, a słusznych skarg na obsługę w szpitalach; jak rychło to nastąpi, to zależy już od sposobu wykonania tej bardzo w naszem szpitalnictwie doniosłej reformy. Jeżeli sprawa kursów pielęgnowania chorych, obowiązkowych dla każdej zakonnicy, nie zostanie spaczoną, to w krótkim czasie moglibyśmy się w szpitalach naszych doczekać stosunków doskonałych, zważywszy gorliwość i poświęcenie Sióstr, którym zbywało głównie na fachowem wykształceniu. Oddanie zaś służby oddziałowej pod wyłączną władzę lekarzy, nakłada wprawdzie na nich większy trud i większą odpowiedzialność, ale jest jedynym sposobem sanacyi nadzoru i obsługi chorych.

Piecza Wydziału krajowego o krajowy szpital św. Łazarza w Krakowie przedstawia się w sprawozdaniu Departamentu V. niestety mniej korzystnie, niż piecza o szpital lwowski, a o wiele mniej korzystnie, niżby się należało szpitalowi krakowskiemu, pracującemu w warunkach znacznie gorszych, niż szpital lwowski i niż wiele szpitali prowincyonalnych. Szpital krakowski znajdował się co do większych inwestycyi od wielu lat w wielkiem zaniedbaniu. Jedynym nabytkiem szpitala, odpowiadającym jakotako nowoczesnym wymogom, był pawilon chirurgiczny, zbudowany przed dwudziestu kilku laty. Niezbyt szczęśliwie wykonany, szczupły pawilon zakaźny, trudno uważać za nabytek korzystny. Poza tem od szeregu już lat obywać się musiał szpital krakowski łataniną, która zaledwo mogła go uchronić od ruiny, ale nietylko nie pozwalała mu kroczyć z postępem, lecz nawet pozostawiała go stopniowo coraz więcej w tyle. Wynikiem tego jest stan, na który pod niejednym względem słowo »opłakany« nie jest zbyt silne (oddziały: położniczy, dermatologiczny, okulistyczny). Większość oddziałów szpitala cierpi na stałe, a bardzo nieraz znaczne przepełnienie, a o pomnożeniu liczby łóżek dla braku miejsca nie sposób myśleć. Toteż wreszcie stan szpitala krakowskiego poruszył szerokie koła opinii publicznej, co odbiło się w zeszłorocznej uchwale sejmowej, polecającej Wydziałowi krajowemu zbadać szczegółowo braki i potrzeby szpitala krakowskiego i opracować plan gruntownej jego rekonstrukcyi. O tych rażących brakach i palących potrzebach pisaliśmy już niejednokrotnie, zbyteczne więc o nich się rozwodzić; a chociaż w sprawozdaniu Departamentu V i w sprawozdaniu inspektoratu szpitali brak w tym roku wszelkiej o tem wzmianki, to jednak nietrudno się domyśleć, że stosunki od roku zeszłego nie poprawiły się.

Nie ulega wątpliwości i wiadomo nietylko ze sprawozdania Departamentu V, że Wydział krajowy w wykonaniu polecenia sejmu »rozpatrzył szczegółowo braki i potrzeby szpitala św. Łazarza w Krakowie i jego oddziałów«; wszelako przykrą niespodzianką jest ograniczenie sprawozdania do tej tylko wzmianki, gdy można było przypuszczać, że w sprawozdaniu znajdzie się zestawienie wyników tych badań w postaci całkowitego systematycznego planu rekonstrukcyi, modernizacyi i rozszerzenia szpitala krakowskiego. Bo choćby wykonanie planu tego rozło-

żone było na szereg lat, choćby rozpoczęcie robót na szerszą skalę miało się z powodu złego stanu chwilowo finansów krajowych nieco odwlec, to jednak samo szczegółowsze wyłuszczenie tego planu, prawdopodobnie już opracowanego przez Departament V., świadczyłoby, iż cały Wydział krajowy sprawą szpitala krakowskiego goręcej się przejął. Byłaby to rękojmia, że szpital krakowski, najdostępniejszy dla odwiedzających kraj nasz gości z innych dzielnic Polski i z zachodu, w pewnym określonym terminie doprowadzony będzie do takiego stanu, jakiegobyśmy się przed obcymi wstydzić nie potrzebowali, że oddziały jego, mające uzupełniać wykształcenie wychowańców wszechnicy Jagiellońskiej, staną się niejako drugiemi klinikami w siedzibie najstarszej polskiej szkoły lekarskiej. Byłoby to też słusznem zadowolnieniem opinii publicznej, nie bez podstawy zaniepokojonej odwlekaniem się spraw tak naglących, jak budowa domu porodowego, oddziału dermatologicznego, zakładu zakaźnego i t. p. i z napięciem oczekującej jakiegoś stanowczego kroku, jakiegoś zaokrąglonego planu ulepszeń.

Zamiast tego planu znajdujemy w sprawozdaniu wiadomość o dwóch tylko sprawach: o zamierzonej z początkiem r. 1910 rekonstrukcyi oddziału chirurgicznego kosztem 139.000 kor. i o stanie, a raczej niestety... zastoju sprawy domu porodowego. Rekonstrukcya oddziału chirurgicznego jest rzeczywistą zdobyczą, bo postępy doby ostatniej wymagały koniecznie ulepszeń w pawilonie, nie ruszanym prawie od lat dwudziestu; ale rekonstrukcya ta jest małą cząstką tego, czego szpital krakowski koniecznie potrzebuje i nie daje zgoła wyobrażenia, w jakim zakresie i w jaki sposób ma być zmodernizowana reszta szpitala. Wlokąca się zaś od tylu już lat sprawa budowy domu porodowego ugrzęzła na konferencyi wszystkich interesowanych czynników jeszcze w d. 30. stycznia b. r. Wprawdzie bowiem na konferencyi tej ustalono nareszcie, w którem miejscu zakład ten ma stanąć, ale nie można było ani definitywnie załatwić sprawy udziału rządu w kosztach budowy (z powodu braku odpowiedzi z ministerstwa), ani też nie doszło niestety »do definitywnego porozumienia w sprawie uregulowania tak obecnego, jak i przyszłego stosunku oddziału szpitalnego położniczego do c. k. kliniki położniczo-ginekologicznej i c. k. szkoły położnych«. Obecnie, gdy »w konsekwencyi wyłoniła się myśl budowy osobno kraj. zakładu położniczego, a osobno c. k. kliniki położniczo-ginekologicznej«, a więc projekt zupełnie nowy — otwarła się droga do ponownych rokowań, nie bardzo spiesznie prowadzonych, skoro na odezwę Wydziału krajowego jeszcze z d. 30. kwietnia b. r. rząd dotychczas odpowiedzi nie dał. Tak więc dobiega znowu rok od prób popchnięcia naprzód tej zabagnionej sprawy, dobiega — napróżno! Żadnemu z czynników interesowanych nie brak, zdaje się, dobrej woli, a jednak »difficile est satiram non scribere«. W tej napozór prostej, a jednak dziwacznie wikłającej się sprawie, nie chcemy wszakże uzurpować sobie roli oskarżycieli, ani obrońców. Oby na odgadywanie, czy i kto mimowolną choćby ponosi winę, rychły a pomyślny zwrot tej sprawy nie pozostawił już czasu!

Do szpitali lwowskiego i krakowskiego odnosi się wreszcie wniosek Wydziału kraj. (osobne sprawozdanie) o ustanowienie dwóch nowych posad sekundaryuszy w Krakowie i podniesienie płac aptekarzy szpitalnych.

W sprawie krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie przedłożył Wydział krajowy osobno zamknięcie funduszu budowy. Budowa nowych pawilonów celem rozszerzenia zakładu na 1100 łóżek, przebudowa starych gmachów, rekonstrukcya i uzupełnienie urządzeń mechanicznych itd. trwały 3 lata, a zostały ukończone w r. 1907. Przez ten czas podrożały materyały i robocizna, a w toku budowy wypadło niejedno uzupełnić, wskutek czego koszt budowy przerósł o 416.000 kor. pierwotne kosztorysy i doszedł kwoty przeszło 2 milionów koron (2,034.773).

Jeszcze znaczniej w porównaniu z pierwotnem obliczeniem wzrósł kosztorys budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie. Koszt tej budowy obliczono w r. 1907 na 4,321.000 kor. i tę też kwotę Sejm wówczas uchwalił. Obecnie jednak okazało się, że budowa kosztować musi nie mniej, niż siedem milionów koron. Przyczyna tego leży w rozszerzeniu programu budowy (projektowanie zakładu i wszystkich jego urządzeń odrazu na 800 łóżek, chociaż na razie zbudowane będą pomieszczenia tylko na 534 łóżek — dodanie pawilonu dla chorych dotkniętych jaglicą, dodanie ubikacyi, przeznaczonych dla rozrywek chorych i t. p.), w wyższych kosztach urządzeń mechanicznych i w podrożeniu materyałów i robocizny w ostatnich 3 latach o 30 do 40%. Wobec tak poważnego wzrostu kosztorysu występuje Wydział krajowy z wnioskiem o ponowne zatwierdzenie przez Sejm planów i kosztorysów, o upoważnienie do zaciągnięcia na budowę pożyczki w Banku krajowym i do niezwłocznego rozpoczęcia budowy. Ze względu na wysokość kosztów budowy wysuwa się ten wniosek Wydziału krajowego w tegorocznych sprawach sanitarnych na plan pierwszy, a inwestycya ta jest istotnie imponującą. W postanowieniu jej przez Wydział krajowy radzibyśmy też widzieć zapowiedź dalszych równie poważnych nakładów i ów tak pożądany dowód przełomu w stanowisku całego Wydziału krajowego wobec spraw sanitarnych, dowód, którego w traktowaniu szpitala krakowskiego tym razem jeszcze szukać nie można. Sprawa Kobierzyna zdaje się być na dobrej drodze; komisya sanitarna Sejmu uchwaliła w d. 2 b. m. na podstawie referatu posła Sarego poprzeć wnioski Wydziału krajowego. Należy mieć nadzieję, że ten Sejm, który w r. z. tak gorąco sprawami szpitalnictwa się zajął, pójdzie za zdaniem komisyi sanitarnej w sprawie Kobierzyna i że ta wielka inwestycya nie osłabi przychylności kół sejmowych wobec innych, równie potrzebnych, albo i potrzebniejszych nakładów w zakresie szpitalnictwa. (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Najwyższa Rada Zdrowia uległa wybitnej reorganizacyi, która polega w pierwszej linii na znacznem zwiększeniu liczby członków z 16 na 41 i na utworzeniu fachowych komitetów, których zadaniem będzie rozważać sprawy specyalne, tak, by na posiedzeniach plenarnych były omawiane tylko sprawy, mające ogólne znaczenie. Niestety znowu stan lekarski w Galicyi doznał od Rządu dotkliwej krzywdy, gdyż zamiast ośmiu, jakby proporcyonalnie wypadało, zamianowano tylko dwóch członków, a mianowicie Prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego z Krakowa i Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza ze Lwowa. Jakkolwiek ministerstwo miało, jak twierdzi, tak »ułożyć listy członków, by nietylko wytworzyć grupy specyalnie fachowe, ale także zapewnić proporcyonalną reprezentacyę poszczególnym krajom koronnym«, jednakże w świetle cyfr przedstawia się ogłoszona liczba mianowanych członków inaczej, gdyż na 41 członków dla samego Wiednia przypada 21, dla Pragi 8, dla Gracu 4 (!), dla Insbruka 2, dla Cieszyna, Lincu, Tryestu i Retz po jednym, a dla Galicyi wszystkiego 2.

— W ostatniej chwili dowiadujemy się, że dzięki interwencyi JE. p. ministra dla Galicyi Dulemby, na skutek energicznych starań nowomianowanych członków Najwyższej Rady Zdrowia Prof. Kostaneckiego i Łukasiewicza, nastąpią w najbliższym czasie nominacye dwóch nowych członków Najwyższej Rady Zdrowia. Liczba czterech członków nie może jednak zadowolić lekarzy galicyjskich, dlatego starania o dalsze pomnożenie grona członków z Galicyi rozpoczęto bardzo energicznie i istnieje przyrzeczenie ze strony miarodajnych czynników, że starania te będą uwieńczone pożądanym skutkiem.

— Dr Władysław Szukiewicz został zamianowany sekundaryuszem szpitala kraj. św. Łazarza.

— Klinika medyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjmuje na bieżący rok szkolny lekarzy jako rocznych praktykantów, w celu wykształcenia bądźto praktycznego na salach chorych, bądź laboratoryjnego. Zgłaszać się można w dyrekcyi kliniki przed południem do 20. października.

— Skład komisyi egzaminacyjnej dla II. i III. rygorozów medycznych na rok 1909/10 jest następujący: komisarzem rządowym starszy lekarz powiatowy Dr Gustaw Bielański, jego zastępcą Prof. Dr Stan. Ponikło; egzaminatorami przy II. rygorozum Prof. Odo Bujwid, Prof. Dr Stanisław Pareński i Prof. Dr Jan Piltz; egzaminatorami przy III. rygorozum Prof. Dr Władysław Reiss, Prof. Dr Przemysław Pieniążek i Doc. Dr Maksymilian Rutkowski.

— Towarzystwo Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem, ogłosiło sprawozdanie ze swej działalności w r. 1908/9, który to rok zalicza zarząd Towarzystwa do rzędu stosunkowo pomyślnych. Szereg bowiem rozmaitych czynników złożył się na to, że społeczeństwo, zająwszy się żywiej sprawą walki z gruźlicą, zwracać poczyna więcej uwagi i z większą spieszyć pomocą zakopańskiej »Bra-

tniej Pomocy; że młodzież sama nietylko goręcej wzięła sobie do serca sprawy swego sanatoryum, nietylko lepiej zorganizowała wśród siebie samopomoc, ale i do ogółu potrafiła odwołać się energiczniej i skuteczniej, że wzrastające doświadczenie, a zawsze z równem poświęceniem i gorliwością prowadzona praca Zarządu Towarzystwa i Dyrekcyi sanatoryum (szczególnie prezesa Towarzystwa i dyrektora »Domu Zdrowia« Dra Żychonia, lekarza »Domu« Dra Kuczewskiego i sekretarki-administratorki p. doktorowej Kuczewskiej), jedna instytucyi coraz większe zaufanie, a zarazem dozwala ją prowadzić coraz praktyczniej i lepiej. Ten pomyślny wynik ubiegłego roku odzwierciedla się z jednej strony w rachunkach »Domu Zdrowia«, którego długi z 30.000 zeszły do 17.000 kor., bilans zamyka się kwotą 49.346 kor., obrót roczny kwotą 47.520 kor., oraz w rachunkach grup młodzieży, z których np. krakowska może się pochlubić dochodem 3010 kor.; z drugiej zaś w statystyce zakładu, w którym liczba leczonych podskoczyła na 107 (o 22 więcej, niż w roku 1907/8), liczba dni leczenia na 9258 (więcej o 2554), a wyniki lecznicze (polepszenie u 33·6%, poprawa u 38·3%) były jeszcze pomyślniejsze, niż w latach poprzednich. Warunki leczenia, zwłaszcza pożywienia chorych, umiano przytem polepszyć przy równoczesnem o b n i ż e n i u kosztów, dzięki niezmiernie troskliwej i umiejętnej administracyi.

Mimoto wszystko jednak potrzebuje zakopański »Dom Zdrowia« dalszego wydatnego poparcia i o nie też apelujemy do ogółu kolegów, którzy z natury rzeczy najżywszy biorą w walce z gruźlicą udział, a których stanowisko daje nieraz sposobność do tego, by chętną rękę z pomocą ku takim, jak »Dom Zdrowia« instytucyom, skierować. Ma bowiem »Dom Zdrowia« na barkach jeszcze znaczną część długu, za objęty przed trzema laty budynek. Przytem budynek ten, nie najkorzystniej położony, oddawna okazuje się za ciasny; trzeba dla chorych donajmować pomieszczenie w domach sąsiednich, których właściciele nie wahają się tego przymusowego położenia wyzyskiwać. To też wyłoniła się konieczność nowego, odpowiednio większego budynku; niestety, na ten cel posiada Towarzystwo dotąd zaledwo — 58 koron! Przy wzrastającej zaś liczbie chorych nie może ustać troska o zapewnienie instytucyi dorocznych dostatecznych dochodów, tem więcej, że »Dom Zdrowia« musi pomyśleć i o tej części młodzieży, którą nie stać nawet na częściowy zwrot kosztów utrzymania, a za którą niema kto kosztów tych pokryć.

Nie należy wątpić, że społeczeństwo w miarę potężnienia ruchu przeciwgruźliczego u nas — większą także otoczy opieką zakład, który przetrwawszy o własnych siłach najgorsze chwile, tem więcej na opiekę i poparcie zasługuje. Sejm krajowy, który w r. z. poraz pierwszy udzielił Towarzystwu subwencyi, powinienby ją obecnie podwyższyć.

Wobec istotnych zasług i wartości »Domu Zdrowia« tem przykrzejsze sprawia wrażenie, że rząd o d m ó w i ł tej instytucyi z a s i ł k u z dwumilionowego funduszu, przeznaczonego na zwalczanie gruźlicy, zasłaniając się tem, że »Dom Zdrowia« według statutu przeznaczony jest nie dla »chorych na gruźlicę«, ale dla »zagrożonych« tą chorobą (!). To przykre wrażenie potęguje się jeszcze okolicznością, że z dwumilionowego tego funduszu Galicya dotąd wogóle ż a d n e g o zasiłku nie otrzymała, choć podobno w zarządzie tego funduszu znajduje się jeden Polak.

Lwów. Dr Wojciech Kurzyniec zamianowany został lekarzem powiatowym, zaś Dr Roman Hince dyrektorem krajowego szpitala w Zaleszczykach.

Warszawa. Komitet organizacyjny I-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Warszawie w d. 11., 12. i 13. października 1909, rozesłał program Zjazdu, z którego dowiadujemy się, że odbędą się dwa posiedzenia ogólne pierwsze, 11. X. o godzinie 9 rano, na którem po zagajeniu Zjazdu i wyborze prezydyum, wygłosi Prof. Twardowski odczyt »O metodzie psychologii«. Drugie zebranie ogólne, na którem będą załatwione sprawy administracyjne, ustalenie dalszych Zjazdów i sprawa specyalnego pisma odbędzie się 13. X. o godzinie 3 popołudniu. Na tem zebraniu wygłoszą odczyty: Prof. Halban: »O popędach chorobliwych« i R. Radziwiłłowicz: »W sprawie naszej terminologii psychologicznej«. Zjazd poza tem rozpada się na dwie sekcye: sekcya neurologiczno-psychiatryczna, w której referaty główne objęli Biro, Bychowski, Flatau, Męczkowski na temat: »O nowotworach układu nerwowego i ich leczeniu«; Bregmann i Sterling na temat: »Padaczka i stany pokrewne«; Bornstein i Wizel: »Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniakalno-depresyjnej i otępienia wczesnego« i Higier: »Klasyfikacya idyotyzmu«. W sekcyi drugiej psychologicznej referaty główne objęli: Abramowski na temat: »O stanach podświadomych« i Dawid na temat: »O badaniu inteligencyi«. Odczytów luźnych zgłoszono w sekcyi pierwszej 42, w sekcyi drugiej zaś 26.

W sprawach Zjazdu należy się zwracać pisemnie do biura Zjazdu (Niecała 7), osobiście do sekretarzy Łapińskiego (Smolna 17) lub Sterlinga (Boduena 1). Bilety uczestnictwa wydaje skarbnik Ciągliński (Kopernika 11), zapewnieniem mieszkań zajmuje się wreszcie Dr Koelichen (Nowy Świat 35).

Z różnych stron. D. 5. września b. r. odbył się w Peszcie Zjazd krajowego Związku lekarzy. Do Związku tego należy 4500 lekarzy węgierskich na ogólną liczbę lekarzy 5300. Majątek Towarzystwa wynosi 370.000 koron, w czem 151.000 koron należy do funduszu pensyjnego.

— Z okazyi wystawy światowej odbędzie się w r. 1910 w Brukseli międzynarodowy Zjazd dla radiologii i elektryczności.

Mianowani: Prof. D i m m e r obejmuje katedrę okulistyki w Gracu.

Habilitowani w Wiedniu: Dr R e i t t e r do medycyny wewnętrznej, Dr L a u b e r do okulistyki, Dr B l a u do położnictwa, Dr L i b e n s k y zaś na czeskim uniwersytecie w Pradze do medycyny wewnętrznej.

Zmarli: Dr Maksymilian W a r s z a w s k i, jeden z najczynniejszych członków redakcyi »Medycyny«, zmarł 29. z. m. w Warszawie.

Dr Ludwik K a t z, profesor otyatryi w Berlinie.

Dr J. S a p a l s k i w Warszawie.

Dr Justyn K a r l i ń s k i, b. inspektor sanitarny Bośni i Hercogowiny, zmarł w Wiedniu w 47 roku życia. Ogłosił szereg prac z zakresu bakteryologii, które dały rozgłos jego imieniu w całym świecie lekarskim. Cześć pamięci przedwcześnie zgasłego dzielnego pracownika i kolegi niepowszednich zalet serca i umysłu.

Redakcya otrzymała. Program I-go Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Warszawie w dn. 11, 12. i 13. października b. r. — K a p e l u s c h: Grundlinien d. speciellen Symptomatologie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 31. października 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym będzie odczyt kol. J a n i s z e w s k i e g o: O czyszczeniu miasta ze stanowiska higieny publicznej.